Rok XL. Kraków, 21 Grudnia 1901. Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki c. k. Radcy dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

O wycinaniu śledziony.

(Wedle wykładu mianego na XI. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Podał

Dr. Stanisław Jasiński

elew kliniki.

W chirurgii śledziony, jak w chirurgii wielu innych narządów, spostrzegamy zjawisko, że zabiegi, dążące do wydalenia całego, choćby tylko częściowo zmienionego narządu, wyprzedzają znacznie dążenie do wyleczenia choroby danego narządu z zachowaniem jego dla ustroju. Przyczyną tego są fantastyczne nieraz pojęcia o fizyologii i patologii narządów, a nie mniej przeciwności i trudności, z jakiemi walczyć musieli chirurdzy w erze przedantyseptycznej. Przyszywanie wędrującej śledziony, odprowadzanie wypadłej przez ranę w powłokach brzusznych na jej pierwotne miejsce, zeszywanie i tamowanie krwotoku przez tamponowanie pękniętej śledziony z pozostawieniem jej w ustroju, to zdobycz dopiero ostatnich paru dziesiątków lat, chluba nowoczesnej chirurgii.

Nierównie starsze wycinanie śledziony, dawniej z pewnością za często używane, znachodzi obecnie zastosowanie mniej często i obwarowane zostało ścisłemi wskazaniami.

Już ponoś w wiekach starożytnych, gdyż za czasów Pliniusza, miano wycinać śledzionę siłaczom i biegaczom. To miało udoskonalać ich zawodową zręczność. Wtedy też wiedziano już o tem, że śledziona nie jest narządem koniecznie do życia potrzebnym. I tak Pliniusz wspomina: (Historia naturalis lib. XI. cap. XXXVII). „Ventriculus atque intestina pingui ac tenui omento integuntur praeter quam ova gignentibus. Huic adnectitur lien in sinistra parte adversus jecori, cum quo locum aliquando permutat, sed prodigiose... Peculiare cursus impedimentum aliquando in eo, quam ob rem inuritur cursorum laborantibus. Et per vulnus etiam exempto vivere animalia tradunt. Sunt, qui putant adimi simul risum homini intemperantiamqe eius constare lienis magnitudine“.

Od tego czasu milczą kroniki aż do XVI. wieku. W roku 1549 miał Zaccarelli z Neapolu wyciąć u kobiety śledzionę, powiększoną skutkiem zimnicy i to z pomyślnym wynikiem. Mimo to operacya ta przez dwa następne wieki nie znalazła naśladowców i to jest powodem, dlaczego powątpiewają o prawdziwości tego przypadku.

W porządku chronologicznym następuje przypadek Ferreriusa, który w r. 1711 wyciął śledzionę u kobiety w mniemaniu, że ma do czynienia z ropniem pod powłokami brzusznemi.

Dopiero jednak od roku 1826 datuje się prawdziwa historya splenektomii. W tym bowiem roku Quittenbaum z Rostoku przystąpił do wycięcia śledziony u chorego, dotkniętego prawdopodobnie białaczką, a operował, mając już poprzednio wyrobioną technikę operacyjną dzięki doświadczeniom na zwierzętach i z całą świadomością faktu, że przystępuje do wycięcia śledziony. Przypadek ten skończył się niepomyślnie, więc nic dziwnego, że dopiero w r. 1855 na taką samą operacyę odważył się Küchler z Darmstadtu, wycinając śledzionę ważącą 625 grm., powiększoną skutkiem zimnicy. I tym razem chory umarł w 2 godziny po operacyi skutkiem krwotoku z niepodwiązanej gałązki tętnicy śledzionowej. Przypadek ten nabrał większego rozgłosu (roztrząsano go na sądzie honorowym) i wywołał dyskusyę trwającą bez przerwy 10 lat. Na czele przeciwników splenektomii stanął wówczas Gustaw Simon. Spory te i niepomyślne dotychczas wyniki nie odstraszyły Spencer-Wellsa (Londyn) od tej operacyi. W r. 1865 wyciął on u kobiety 34-letniej śledzionę białaczkową. Przypadek skończył się śmiertelnie; mimo to znalazł naśladowców w osobie Bryanta i Backer-Browna, którzy już w następnym roku (1866) wycięli białaczkowe śledziony. I te przypadki zakończyły się śmiertelnie. W roku 1867 wykonał splenektomię z pomyślnym wynikiem Péan w Paryżu u pacyentki 24-letniej z powodu torbiela śledziony; $^2/_3$ wyciętej śledziony ważyły 1140 grm., a oprócz tego wypuszczono z torbiela przeszło 3 litry płynu gęstego. Pacyentka ta żyła po operacyi jeszcze blisko lat 15, jak to wynika z listu Péana do Dra Zesasa w roku 1880. Przypadek Péana przekonał wszystkich, że nie tylko zwierzęta żyć mogą bez śledziony, ale i ludzie i to bez uszczerbku na zdrowiu. On też spowodował, że splenektomia przyjęła się u wszystkich chirurgów; na nim przekonano się, że operacya ta nietylko jest możliwą, ale nawet w pewnych chorobach wskazaną. Każdy rok od tego czasu przynosił nam świeże sprawozdania o dokonanej splenektomii. Piśmiennictwo kazuistyczne i dość pokaźna liczba statystyk, które z roku na rok coraz bardziej się zwiększały, pozwalają nam nie tylko obliczyć odsetek śmiertelności po dokonanej operacyi, ale nawet należycie ocenić, jakie są wskazania i przeciwskazania i czy i jakie następstwa pociąga za sobą wycięcie śledziony.

W roku 1887 zestawił Adelmann z piśmiennictwa 53 przypadków splenektomii, które w szczegółach przedstawiają się następująco:

	Choroba śledziony	*Liczba przyp.*	*Wyzdrow.*	*Umarło*
1.	Bąblowiec	2	1	1
2.	zropienie	1	1	
3.	śledziona wędrująca	8	6	2
4.	torbiele	3	3	
5.	mięsak	1	1	
6.	przerost zimniczy	7	2	5
7.	przerost zwykły	12	2	10
8.	białaczka	19	1?	18
	Razem	53	17	36

O parę lat zaledwie późniejsze zestawienie Gottschalka wykazuje, że operacyę tę wykonano już 77 razy, a mianowicie:

Choroba śledziony.	Liczba przyp.	Wyzdrow.	Umarło
1. Bąblowiec	3	2	1
2. zropienie	2	3	—
3. śledziona wędrująca	16	15	2 = 12·5%
4. torbiele	4	3	1 = 25%
5. mięsak	2	1	1 = 50%
6. przerost zimniczy	9	4	5 = 55 5%
7. przerost zwykły	18	3	15 = 83·33%
8. białaczka	23	1	22 = 95·65%
Razem	77	30	47 = 59 84%

Do roku 1894 zestawił Vulpius 117 przypadków, a mianowicie:

Choroba śledziony.	Liczba przyp.	Wyzdrow.	Umarło.
1. białaczka	28	3 = 10·7%,	25 = 89·3%
2. przerost śledz. zimn., zwykły i śledz. wędr.	66	42 = 63·6%,	24 = 36·4%
[zimnica sama	26	15 = 57·7%,	11 = 42·2%]
3. bąblowiec	5	3 = 60%,	2 = 40%
4. torbiele	4	4 = 100%	
5. mięsak	4	3 = 75%,	1 = 25%
6. zropienie	3	3 = 100%.	
7. zastoiny	3	—	3 = 100%
8. skrobiawica	1	—	1 = 100%
9. kiła	1	1 = 100%	—
10. pęknięcie	2	—	2 = 100%
Razem	117	59 = 50·4%.	58 = 49 6%

W roku 1897 zestawił Vanverts (Paryż) 269 wszystkich przypadków, a statystyka jego przedstawia, się jak następuje:

Choroba śledziony.	Liczba przyp.	Wyzdr.	Umarło.
1. urazy śledziony	18	8	10
2. ropnie	4	3	1
3. torbiele	18	15	3
4. przerost: a) białaczkowy	29	3	26
» b) zimniczy	79	56	23
» c) inne	94	56	38
oprócz tego jeden przypadek o niewiadomym wyniku.			
Razem	243	141	101

czyli ogólny odsetek śmiertelności około 41·7%.

Z dostępnego mi piśmiennictwa mogę wynotować następujące zapiski o splenektomii po roku 1897:

1897. R. Bartz (Akwizgran): Białaczka-splenektomia. $6^1/_2$ funta, śmierć w 10 godzin, skutkiem zapadu.

„ B. v. Beck: Pęknięcie śledziony. Splenektomia, wyzdrowienie.

1897. A. Nannotti. Przerost śledziony zimniczy 3 razy; 3 razy splenektomia; 1 raz śmierć, 2 wyzdrowienie. Wycięte śledziony ważyły: 3·4, 2·5, 1·5 kg.

„ J. Homans (Boston): Naczyniak jamisty śledziony. Splenektomia, zapad, śmierć po 20 godzinach.

1897. Olgiati: Śledziona wędrująca. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Ghetti: Torbiel surowiczy śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1898. Stierlin: Śledziona wędrująca. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Ballance: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1898. Bardenheuer: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Zapad, śmierć.

1898. M. P. Jakowlew: Bąblowiec śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ J. Jovanović: Śledziona wędrująca. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Krabbel: Pęknięcie śledziony podskórne. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1899. Tricomi (Padwa) wykonał 17 razy splenektomię, a to:
7 razy: przerost zimniczy; raz śmierć.
5 „ śledziona wędrująca; wyzdrowienie.
3 razy: przerost zwykły; wyzdrowienie.
1 „ białaczka; śmierć.
1 „ bąblowiec; wyzdrowienie.

1898. Savor: Pęknięcie śledziony. Splenektomia Wyzdrowienie.

„ Paul Delbet: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1898. F. Lacetti: Przerost śledziony zimniczy. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Bardenheuer: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ X. Arpad G. Gerster: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Śmierć w 10 godzin.

1899. Georg Heaton: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Perthes: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Eigenbrodt: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Śmierć w 6 godz.

„ Trendelenburg: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Śmierć 7-go dnia.

„ Seydel (Monachium): Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Zapalenie otrzewnej, śmierć w 12 dni.

„ Krylow: Mięsak śledziony. Zapad, śmierć w 4 g. Śledziona ważyła $8^1/_2$ funta ros.

„ Trendelenburg: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Janz: Białaczka. Splenektomia. Wyzdrowienie. Po 2 miesiącach śmierć.

„ Lewerenz: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1898. 1899. Cohn: 2 przyp. pęknięcia śledz. Splen. 1 śmierć. 1 wyzdrow.

1899. Czerny: Torbiel. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1900. Llobet: Rak sieci, przerost śledziony. Splenektomia. Waga 2500 grm. Wyzdrowienie.

„ Jonnesco: a) Guz śledziony białaczkowy; 3 razy. Splenektomia. 3 razy śmierć.
b) 28 przyp. przerostu śledziony zimniczego. Splenektomia; 20 wyzdrow. 8 śmierci. (7 przyp. operowanych w r. 1896).
c) Bąblowiec śledziony w r. 1896. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1900. D'Arcy-Power: Przerost śledziony, śledziona wędrująca. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1900. Karewski: Zgorzel po urazie. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Subbotić: Przerost śledziony zimniczy. 6 przyp.; splenektomia. 5 wyzdrowień. 1 śmierć z powodu posocznicy.

Michajłowski: a) przerost śledziony zimniczy 16 przyp.; splenektomia. 16 wyzdrowień. 1 śmierć z powodu lewostronnego zapalenia płuc i opłucnej.
b) torbiel krwawy śledziony po urazie; splenektomia, wyzdrowienie.

1901. Jordan (Heidelberg); Pęknięcie śledziony. Splenektomia, wyzdrowienie.

1901. M. L. Harris: 1899. Przerost śledziony pierwotny. 1901. Przerost śledziony
Splenektomia, wyzdrowienie.

1898. Colzi: 3 przyp. niedokrewności śledzionowej. Splenektomia. 2 wyzdrowienia. 1 śmierć z posocznicy,

1899. Cushing: Przerost śledziony pierwotny. Splenektomia, wyzdrowienie.

1900. Osler: Przerost śledziony pierwotny. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1899. Tscherniachowski: Przerost śledziony pierwotny. Splenektomia, wyzdrowienie.

Do tego doliczyć jeszcze należy 3 przypadki.

1890. Rydygier (Kraków): Białaczka, splenektomia, śmierć w 2 godziny.

1901. Kader: Przerost śledziony z zastoju, marskość wątroby i zwyrodnienie skrobiowate. Splenektomia, śmierć.
1901. Rydygier: Białaczka rzekoma; splenektomia, wyzdrowienie.

Od roku 1897 zatem dokonano splenektomii w 112 przypadkach, mianowicie z powodów następujących:

	Liczba splenekt.	*Wyzdr.*	*Umarło.*
Obrażenia	21	13	8
Śledziona wędrująca	9	9	—
Przerost zwykły	4	4	—
» zimniczy	54	43	11
» białaczkowy	7	1	6
» rzek. biał. *(anaem. spl.)*	9	8	1
Torbieli	3	3	—
Bąblowiec	2	2	—
Nowotwory i mięsak	1	—	1
» i naczyniak	1	—	1
Obrzęk zastoin. *(cirrhosis hepat.)*	1	—	1
Razem	112	83	29

czyli ogólny odsetek śmiertelności od r. 1897 wynosi około 26·13%.

W połączeniu ze statystyką Vanvertsa, ogłoszoną w r. 1897, dokonano dotychczas splenektomii w 355 przypadkach z 36·72% śmiertelności. Statystyką tą objąłem także przypadek, niedawno operowany przez Rydygiera, a którego historya choroby przedstawia się jak następuje:

Wywiady. B. S. mężczyzna 50-letni. Rodzice pomarli, ojciec na cholerę, matka na »puchlinę wodną«. Z rodzeństwa brat umarł na zapalenie płuc, a siostra na suchoty. Reszta rodzeństwa (2 siostry) zdrowa. Sam chory w 7. roku życia przebył zimnicę o typie rozmaitym, co drugi lub co trzeci dzień, trwającą bez przerwy przez półtora roku. Już wtedy, a zatem w 8. roku życia, wyczuwał sam chory pod lewym łukiem żebrowym guz płaski, twardy (jak deska), mniejszych naturalnie rozmiarów niż obecnie, grubości dłoni. Popod guz ten mógł z łatwością dłoń swą wprowadzić.

Od tego czasu co parę lat zapadał ciągle na zimnicę, również o typie rozmaitym, a z tą różnicą od pierwszej, że nie trwała ona każdorazowo dłużej nad miesiąc. Zimnica występowała przeważnie w porze wiosennej. Takie częste występowanie zimnicy u chorego trwało do 25 r. życia. W tych czasach przebył także lekki gościec stawowy, głównie w lewym stawie barkowym i w obu stawach kolanowych. Od czasu do czasu pojawiały się i później bole pod postacią łamania w wyżej wymienionych stawach.

W 38 r. ż. przebył chory dur brzuszny, w czasie którego potworzyły się mu wrzody na podudziu lewem. Chorował wtedy przez 6 miesięcy. W parę miesięcy potem przebył znowu zimnicę, o typie codziennym, lekkim przebiegu, trwającą kilka tygodni.

W 2 lata potem (w 40 roku życia) przebył czerwonkę, trwającą 6 tygodni.

W 43 roku życia (lat temu 7), uległ zapaleniu płuc, które trwało 5 tygodni.

Od 5 lat cierpi na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Od czasu do czasu występują bardzo silne bole pod postacią kurczów, rozprzestrzeniające się z pod dołka podsercowego na obie strony popod łuki żebrowe. Nadto miewa chory uczucie ciśnienia i pełności w żołądku i od czasu do czasu stwierdza z łatwością pluskanie w żołądku. Stolec w tych czasach rozmaicie się zachował. Od czterech lat dolega choremu lewe jądro; doznaje on w tej okolicy bolu głównie przy kaszlu i chodzeniu; nadto ma uczucie ciążenia w dole. W tym już czasie doznaje chory uczucia, że guz pod łukiem żebrowym »ciśnie«. Jest to jednak uczucie ucisku, a nie bolu.

Parę tygodni temu spostrzegł, że guz pod łukiem żebrowym powoli się powiększa (sterczy). Od tego czasu stale występują w tej okolicy dolegliwości, a mianowicie: przy kaszlu, chodzeniu, oddechaniu występuje w okolicy guza bardzo silny ból pod postacią kłócia. Nadto skarży się chory na bole w dołku podsercowym, które ztąd rozpromieniają się popod łuki, do grzbietu jednak nie do sięgają. Od kilku miesięcy chory kaszle. Stolec w ostatnich czasach przeważnie zaparty i chory stale używa środków przeczyszczających. Na te wszystkie dolegliwości ciągle się leczył, lecz mimo leczenia (chininą) guz ten nie zmniejsza, owszem nawet się powiększył, a bóle się spotęgowały.

Napojów wyskokowych nigdy nie nadużywał. Żadnych chorób wenerycznych nie przebywał. Mocz zawsze oddawał prawidłowo.

Stan obecny. Osobnik wzrostu średniego, słabo zbudowany, licho odżywiony, z objawami rozedmy płuc i rozległego nieżytu suchego oskrzeli. Przy pierwszym tonie nad koniuszkiem serca szmer. Drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony. Tętno miarowe, dobrze napięte, wynosi 72 na minutę. Brzuch: po stronie lewej pod łukiem żebrowym znacznie wypuklony. Żyły skórne w tej okolicy wybitnie porozszerzane. Wypuklenie to sięga ku tyłowi aż w okolicę lędźwiową. Przy oddechaniu wypuklenie rzeczone przesuwa się. Zresztą innych zmian wzrokiem wykazać nie można. Obmacaniem stwierdza się, że wypuklenie to zależy od guza, wychodzącego z pod łuku żebrowego lewego; guz ten, o powierzchni niezupełnie równej, wielkości głowy dorosłego człowieka, zbitości twardej, daje się z łatwością przesuwać z boku na bok. Dolny brzeg guza gruby, okrągły, twardy i bolesny. Wypuk nad nim stłumiony. Przy położeniu na prawy bok guz sięga: w linii sutkowej do łuku żebrowego, w linii pachowej przedniej do 7 żebra, w linii pachowej tylnej do 9 żebra; granica tylna wypukiem oznaczyć się nie daje. Nad resztą brzucha wypuk jawny, bębenkowy. Wątroba daje się wymacać na 2 palce poniżej łuku, o brzegu cienkim, gładkim; wypukiem sięga na 3 palce poniżej łuku. Innych nieprawidłowości przy obmacaniu stwierdzić nie można. Kanał pachwinowy nie rozszerzony. Prócz tego badanie stwierdza żylak powrózka nasiennego *(varicocele)* po stronie lewej, znacznego stopnia. Gruczoły karkowe, szyjne, nad- i podobojczykowe i pod pachami, nie wyczuwalne. Gruczoły pachwinowe powiększone, wyczuwalne, wielkości grochu i fasoli, miernie miękie. Obrzęków na podudziach i stopach brak. Na podudziu lewem znajdują się liczne blizny po przebytych wrzodach. Przy badaniu przez odbytnicę żadnych nieprawidłowości stwierdzić nie można. Opukowej bolesnosci kości mostka i piszczeli niema.

18/4. Mocz barwy pomarańczowo żółtej, c. g. 1020, oddziaływania kwaśnego; białka ślad, cukru brak; chlorki prawidłowe; indykan zwiększony.

Rozbiór treści żołądkowej:

	dnia 24/4.	dnia 24/4.	dnia 25/4.	dnia 26/4.
	Na czczo po wlaniu 100 gram. wody.	Metoda białkowa po upłynięciu 3 kwandransy po wlaniu 50 gram. wody.	Obiad próbny Leubego w 4 godziny.	Śniadanie Boasa w 1½ godz.
Ilość płynu aspirow. Wejrzenie i własności fizyk. treści samej:	90 ctm.³ zielonawo-żółta ze strzępami śluzu.	40 ctm.³ zielonawo-żółta z nielicznemi resztk. białka.	300 ctm.³ zielonawa z resztkami pokarmu.	50 ctm.³ zielonawo-żółta z resztkami pokarmu.
przesącz:	zielonawy, przeźroczyst., lekko opalizujący.	przeźrocz., wodojasny.	przeźrocz. opalizujący.	wodojasny.
oddziaływan.:	słabo kwaśne,	kwaśne.	kwaśne.	kwaśne.
kwas solny:	brak.	brak.	wyraźny.	wyraźny.
kwas mlek.:	wyraźny.	wyraźny.	brak.	brak.
stopień kwas.	2.	5.	40.	—
śluz:	wyraźny.	obecny.	obecny.	obecny.
białko rozpuszcz.:	nieobecne.	obecne.	obecne.	—

Badanie krwi przed operacyą.

Krew świeża:	dnia 17/4.	dnia 25/4.
ilość ciałek białych. . . .	22,000	15.000.
» » czerwonych .	6.000,000	6.000,000.
stosunek	1 : 270.	1 : 400.

Erytrocyty:		
barwa:	prawidłowa.	prawidłowa.
lepkość:	»	»
mikrocyty:	mierna ilość.	mierna ilość.
poikilocyty:	tu i ówdzie.	tu i ówdzie.

Krew barwiona.

Sposób barwienia: trójbarwik Ehrlicha.
» ustalenia: alkohol.

Ciałka białe:		
neutrofilnych:	82%	86%
limfocytów:	6%	6%
		jednojądrzast. dużych
przejściowych:	3%	3%
eozynochłonnych:	9%	5%

Dwukrotne badanie krwi na plasmodya zimnicze dało wynik ujemny.

Przez cały czas pobytu w klinice przed operacyą stan chorego jednakowy, a może nawet gorszy, bo bóle gwałtowniejsze. Dla złagodzenia kaszlu zastosowano: *Infus. Polyg. Senegae 8,00 : 200,00.*

Rozpoznanie kliniczne: *Tumor lienis chronicus, probabiliter malaricus.*

30/4. Na dzień przed mającą się odbyć operacyą podano choremu napar naparstnicy 1·50 : 200,00, olejek rącznikowy i polecono kąpiel.

1/5. Splenektomię wykonano w narkozie chloroformowej po poprzedniem wstrzyknięciu morfiny. Operator po prawej stronie chorego. Cięcie w smudze białej od wyrostka mieczykowatego na 3 palce poniżej pępka. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono: powiększenie śledziony olbrzymich rozmiarów, śledziona zlepiona bardzo licznemi, obficie unaczynionymi silnymi zrostami z siecią dużą. W samej sieci liczne żyły porozszerzane, dochodzące grubości palca. Zrosty te na tępo oddzielono, co okazało się bardzo trudnem. Podwiązano naczynia przebiegające w sieci. Oddzielnie podwiązano tętnicę i żyłę śledzionową, podwiązano wiąz żołądkowo-śledzionowy, następnie odcięto szypułę, podwiązano wiąz przeponośledzionowy, tę szypułę odcięto i wydobyto guz. Po dokładnem oczyszczeniu jamy brzusznej ze skrzepów krwi, włożono w powstałą jamę seton z gazy jodoformowej, poczem ranę brzuszną częściowo zaszyto, zostawiając na 2 palce nad pępkiem miejsce wolne dla gazy, poczem założono opatrunek.

Cały ten zabieg operacyjny trwał 5 kwadransów (od 11¼ do 12½). Już w czasie operacyi z powodu (wprawdzie niezbyt wielkiego) krwotoku, jak też i nędznego wejrzenia chorego, wstrzyknięto pod skórę podudzia 1000 grm. fizyologicznego rozczynu soli kuchennej.

Badanie anatomiczne wyciętej śledziony. Śledziona znacznie powiększona: długość 27 ctm., szer. 16, grubość 11 ctm., ciężar 2650 grm. Na powierzchni jej widoczne liczne, silne, łącznotkankowe zrosty. Torebka w całości znacznie zgrubiała *(perisplenitis chron. fibrosa)*, gdzieniegdzie chrząstkowato twarda.

Na przekroju: miąższ barwy szarowiśniowej, zbitszy; budowa śledziony zatarta, naczynia porozszerzane o ścianach zgrubiałych. Oprócz tego widać liczne, małe, szarobiaławe, nieregularnego kształtu ogniska *(leucaemata)* i kilka wielkich ognisk żółtawobiałych (obumarłe zawały z niedokrewności); ogniska te przechodzą i na torebkę, która w tych miejscach jest bardziej białawą.

Mikroskopowo stwierdza się obrazy odpowiednie, to znaczy: w zawałach partye zupełnie nie barwiące się; w miąższu zaś śledzionowym znaczną wybujałość podścieliska i pierwiastków limfatycznych.

Rozpoznanie anatomiczne: *Tumor lienis chronicus*, a ze względu na badanie krwi: *pseudoleucaemicus.*

Przebieg pooperacyjny. Przez pierwszych parę dni po operacyi stan chorego był dość lichy: stan podgorączkowy 37·5°, tętno słabo napięte, przyspieszone, 100 na minutę. 2/5. hipodermokliza z 1000 grm.; 3/5 napar naparstnicy 1·50 : 200,00, nadto napar krzyżownicy cierpkiej *(infus. Polyg. Senegae 8,00 : 200,00).*

4/5. Zmieniono powierzchowne warstwy opatrunku. Stan gorszy: ciepłota 38·6°, tętno przyspieszone, chory skarży się na kłócie w okolicy łopatki prawej i kaszel, a przy badaniu stwierdzono: w szczycie prawym i poniżej liczne drobno- i średniobańkowe rzężenia. Chory niespokojny, podnosi się, a nawet wstaje z łóżka i nieco majaczy. Stan taki trwał do 9/5. Stosowano suche bańki, napar krzyżownicy cierpkiej *(Infus. Polyg. Senegae)*, a co drugi dzień napar naparstnicy. Dnia 9/5 zmieniono opatrunek, przyczem szwy częściowo wyjęto. Po tej zmianie stan chorego się polepszył: ciepłota obniżyła się do 37·5°, stan podmiotowy również polepszył się, ale tylko na kilka godzin, po upływie których chory znów był niespokojny, rzucał się, podnosił, krzyczał i doszło do tego, że mimo ustawicznych upomnień wstał dnia 11/5 z łóżka z zamiarem przejścia się. W czasie tego szwy się rozeszły i cała rana się otworzyła. Przy natychmiastowej zmianie opatrunku stwierdzono: rana otwarta długości 10 ctm., szerokości 6 ctm.; na dnie rany znajduje się lewy płat wątroby, zakrywający całą ranę. Po stronie prawej zrosty między przednią ścianą jamy brzusznej, a wątrobą. Po stronie lewej brak zrostów, znajduje się jama, cała ropą wypełniona. Po przepłókaniu otwartej jamy i po oczyszczeniu rany włożono w miejsce śledziony gazę wyjałowioną z maścią borową, poczem założono opatrunek lekko uciskający. Przez trzy dni następne chory jednakowo się miał, był niespokojny i chwilami majaczył. Po trzech dniach lekkie te zaburzenia umysłowe przeszły, lecz stan chorego przez cały maj nie był dobry z powodu wysokiej ciepłoty, dochodzącej do wysokości 39·6°, jak też i z powodu ogromnego osłabienia. Zmieniano opatrunek co drugi dzień; rana bardzo powoli, ale stale się zmniejszała. Ten stan gorączkowy utrzymywał się do 29/5. Tego dnia chory przestał gorączkować, a wraz z ustąpieniem gorączki coraz bardziej zaczął przychodzić do sił.

Jedynem powikłaniem, jakie się w tym czasie pokazało, było wystąpienie świądu po całem ciele. Przedmiotowo jednak na skórze żadnych zmian nie stwierdzono.

Nadto skarżył się chory na ogólne osłabienie i na bóle, występujące głównie w nogach (w mięśniach ud).

Taki stan utrzymywał się do 20/6. Tego dnia popołudniu o godzinie 4-tej, wśród gorączki 38·8° i dreszczów bardzo silnych, wystąpił typowy napad zimnicy, trwający blisko 2 godziny.

Badanie krwi, wykonane bezpośrednio po napadzie, nie wykazało plasmodyów.

Przez następnych dni kilkanaście, do 6 lipca, przebieg znowu był bezgorączkowy, zupełnie prawidłowy.

Tego dnia wieczorem wśród gorączki 37·9° i dreszczów wystąpił drugi napad zimnicy, zupełnie do pierwszego podobny, tylko słabszy i krócej trwający, a przy badaniu krwi, wykonanem następnego dnia, również plasmodyów zimniczych nie wykazano.

Obecnie stan chorego zadowalniający. Stan zupełnie bezgorączkowy, chory tylko przez te 2 napady zimnicze bardzo osłabiony, jakby zmęczony; nadto skarży się na ból w udach i świąd, a jako jego powód stwierdzono ograniczony wyprysk na skórze uda lewego, który wystąpił dnia 18/6.

Rana bardzo powoli, ale stale się zmniejszała, tak, że dn. 10/7 długość jej wynosiła tylko 4 ctm., a szerokość 2 ctm.

Co się tyczy zachowania się krwi w czasie pooperacyjnym, to badanie jej wykazuje: 2/5. Krew świeża: ilość ciałek białych 66,000.
» » czerw. 7.000,000.
stosunek 1 : 121.

Krew barwiona: Ciałka białe: ilość odsetkowa:

neutrofilnych	86%.
eozynochłonnych	5%.
limfocytów małych	5%.
» dużych	4%.

Dnia 4/5. Ilość ciałek białych: 44,600.
» » czerwonych 5,725.000.
stosunek 1 : 128.

7/5. ilość ciałek białych: 43,000	stosunek:
» » czerwon. 6.000.000	1 : 140

Ciałka białe: ilość odsetkowa:

neutrofilnych	86%.
limfocytów małych	2%.
przejściowych	4%.
eozynochłonnych	4%.
limfocytów dużych	4%.
ciałka czerwone jądrzaste	1%.

9/5. ciałek białych: 58,400.	stosunek:
» czerwon. 5.600,000	1 : 96.
12/5. ciałek białych: 53,000.	1 : 99.
» czerwon. 5.250,000	

Ciałka białe: neutrofilne 88%.
limfocyty małe 2%.
przejściowych 4%.
eozynochłonnych 2%.
limfocytów dużych 4%.
ciałek czerwonych jądrz. 4%.

17/5. ciałek białych: 46,400, } 1 : 72.
» czerwon. 3.350.000 }

Ciałka białe: neutrofilnych 80·8%.
limfocytów 5·2%.
jednojądrzastych dużych 4%.
przejściowych 6%.
eozynochłonnych 4%.

C. czerwone jądrzaste do białych jak 4 : 500.

28/5. ciałek białych : 28,600.
» czerwon. 4.600,000.
stosunek 1 : 160.

8/6. ciałek białych 24,000. Ciałka białe: neutrofilnych 68%.
» czerwon. 4 750,000 limfocytów 19%.
stosunek 1 : 197. jednojądrz. dużych 4%.

15/6. ciałek białych: 22,000. przejściowych 4%.
» czerwon. 5.000.000. eozynofilnych 5%.
stosunek 1 : 227.

ciałka białe: neutrofilnych 68%.
limfocyty małe 23%.
» duże 3%.
eozynofilne 4%.
przejściowe 2%.

20/6. po napadzie zimnicy:
ciałek białych: 15,000.
» czerwon. 5.249,000.
stosunek 1 : 345.
Na preparacie 4 normoblasty.

28/6. ciałek białych: 16,000.
» czerwon. 4.500.000.
stosunek 1. 286.

7/7. po napadzie malaryi:
ciałek białych: 30,000 } 1 : 108.
» czerw. 3.250,000 }

ciałka białe: neutrofilnych 70%.
limfocytów małych 25%.
» dużych 2%.
przejściowe 1%.
eozynofilne 1%.
Na preparacie 3 myelocyty.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Przypadek niezwykłego umiejscowienia obrażenia części miękich główki płodu, powstałego podczas porodu.

Napisał
Dr. Kazimierz Bocheński
asystent kliniki.

Obrażenia części miękich główki płodu podczas porodu powstają najczęściej wskutek niestosunku porodowego, szczególniej zaś przy miednicach płaskich, gdy siły wydalające wtłaczały przez dłuższy czas główkę do miednicy i gwałtownie ją przez tę przeszkodę przeprowadzić usiłowały. Obrażenia uciskowe atoli nie zawsze świadczą o niestosunku porodowym; mogą one bowiem powstać i przy prawidłowej miednicy i prawidłowej wielkości główki, ale tylko wtedy, gdy główka płodu nieprawidłowo do miednicy się wstawia.

Najczęściej pochodzą te obrażenia od wystającego wzgórka kości krzyżowej, jak to bywa przy miednicach płaskich, krzywiczych, rzadziej od wyrośli kostnych, umiejscowionych na tylnej ścianie spojenia łonowego lub na kości krzyżowej, najrzadziej zaś spotykamy obrażenia, powstałe z powodu przyparcia główki do spojenia łonowego.

Co do umiejscowienia, to powstają one na tej części główki, która podczas porodu znajduje się przy najbardziej wystającej okolicy miednicy kostnej. I tak przy typowem ustawieniu główki przy miednicy płaskiej, zwykłem miejscem, gdzie powstać może odgniecenie od wzgórka kości krzyżowej, jest kąt kości bocznej, położony obok ciemienia dużego.

Rozległość zmian uciskowych zależy przedewszystkiem od czasu trwania ucisku, zależnie bowiem od tego, jak długo on trwa, krążenie krwi w miejscu, podległem uciskowi, musi być mniej lub więcej upośledzone. Dlatego też nie spostrzegamy tych zmian uciskowych na główce, gdy ucisk, nawet dość znaczny, nie trwał stosunkowo długo, np. przy główce następującej, gdy ona względnie szybko przechodzi przez miejsce, mogące wywrzeć ucisk; ale natomiast spostrzegamy tam, gdzie główka dłuższy czas w pewnem miejscu na ucisk narażoną była.

Zwykłym objawem uciskowym, a zarazem zmianą najlżejszego stopnia, spowodowaną przez ucisk stosunkowo nieznaczny i krótkotrwały, jest zaczerwienienie tego miejsca, które na ucisk było narażone.

Dłużej nieco działający ucisk powoduje obok zaczerwienienia obrzęk skóry i tkanki łącznej podskórnej w odpowiedniem miejscu. Przy silniejszym i dłuższy czas trwającym ucisku powstaje w tem miejscu zasinienie, a w dalszym rzędzie powierzchowny ubytek naskórka. Naokoło tego zasinienia, a względnie powierzchownego ubytku naskórka, powstaje żywo czerwona obwódka; skóra w tem miejscu jest mniejwięcej ścieńczała, a nawet tak zgnieciona, że może uledz obumarciu. Przy nacięciu miejsca takiego przekonać się można, że leżąca pod niem tkanka łączna podskórna i kość są zwykle blade, naczynia włosowate uciśnięte i próżne. Samo miejsce ucisku jest otoczone obwódką żywo-czerwono- lub sino-zabarwioną, które to zabarwienie pochodzi w części od przepełnienia krwią naczyń włosowatych, w części zaś od wynaczynionek.

Jeżeli ucisk trwa jeszcze dłużej i jest bardzo znaczny, to wywołuje on zmiażdżenie tkanki w danem miejscu, sięgające mniej lub więcej głęboko. Następstwem takiego zmiażdżenia jest obumarcie tkanki z oddzieleniem się jej po pewnym czasie.

Ten ostatni rodzaj obrażenia miałem sposobność spostrzegać w klinice położniczej w ubiegłem półroczu. W przypadku tym nietylko skóra, ale i tkanka łączna podskórna uległy zniszczeniu (zmiażdżeniu), a na dnie obrażenia w danem miejscu spostrzedz można było tylko kość bladą, lecz nieuszkodzoną.

Przebieg porodu tego przypadku był następujący:

P. H., lat 19, stanu wolnego, rel. rz.-kat., przyjęta do kliniki dnia 8 marca 1900 r. wieczorem. L. prot. klin. 134. Nie rodziła, nie roniła. Ostatnia regularność w lipcu 1899 r. Pierwsze bóle dnia 6-go marca wieczorem, w kilka godzin pękł pęcherz płodowy.

Badanie wykazało: wzrost średni, budowa wątła, odżywienie liche. W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Przy badaniu zewnętrznem czuć macicę, sięgającą dnem dwa palce niżej wyrostka mieczykowatego, kształtu mniejwięcej okrągłego, o ścianach cienkich, które od czasu do czasu jędrnieją. Nad wchodem miednicy wyczuć się

Wysięk jałowo wypuszczony centryfugujemy, a w osadzie zabarwionym badamy składniki morfotyczne. Silna przewaga jednych pierwiastków, a brak innych, stanowią ważne cechy rozpoznawcze, i tak: *a)* przy przesiękach, powstałych na tle zmian sercowych, nerkowych i przy nowotworach, polegających zatem na podrażnieniu lub ucisku części przyległych, odbywa się mechaniczny proces przesiąkania (transudacyi) i złuszczania przybłonka, a niema walki z czynnikiem zakaźnym. Dlatego w osadzie niema ciałek białych wielojądrzastych lub limfocytów, (przynajmniej w początkach), a są tylko obfite przybłonki; *b)* dla zapaleń opłucnowych, powstałych na tle zakażeń ostrych, zatem streptokokowych, pneumokokowych, durowych lub innych, charakterystyczne są ciałka białe wielojądrzaste i jednojądrzaste duże; limfocyty i przybłonki schodzą na drugi plan i co najwyżej pojedynczo się znachodzą: *c)* w zapaleniu opłucnej t. zw. „a frigore“, tj. uważanem za samoistne, charakterystycznem jest gęste wypełnienie pola widzenia przez limfocyty z dość obfitą stosunkowo domieszką ciałek czerwonych krwi, przy braku nabłonków i innych pierwiastków. Ten to właśnie rodzaj zapalenia opłucnej należy uważać za gruźliczy, jak tego badania Widala dowodzą. Jest to mianowicie miejscowa gruźlica opłucnej.

Ze wszystkich środków, którymi posługujemy się w celach rozpoznawczych, autor stawia najwyżej cytodyagnostykę. Badanie kliniczne jest bez niej niezupełne. Może bowiem u osobnika dotkniętego gruźlicą rozwinąć się niegruźlicze zapalenie opłucnej, lub odwrotnie, w przebiegu np. grypy może powstać gruźlicze zapalenie opłucnej, które bez cytodyagnostyki będziemy uważali za grypowe. Także w praktyce pożądanem jest badanie ciałek morfotycznych wysięku.

Okoliczność, że zapalenie opłucnej, dawniej uważane za samoistne, jest wyleczalne, nie przeszkadza uważać go za gruźlicze, bo i gruźlica lokalna opłucnej, tak samo, jak innych narządów (otrzewnej, osierdzia i stawów) jest wyleczalną. Powrót do stanu prawidłowego o tyle jest możliwy, o ile płuca równoczesnie wcale nie są zajęte.

Według spostrzeżeń autora wysięk opłucnowy po wypuszczeniu znacznie prędzej się odtwarza w gruźlicy, aniżeli w innych zapaleniach opłucnej. Nagromadzenie obfite niezawsze objawia się dusznością i dlatego w gruźliczem zapaleniu należy zwracać baczną uwagę, by wypocina niespostrzeżenie gwałtownie się nie wzmogła, jak tego dowodzą podobne przypadki, zakończone nagłą śmiercią.

Co do leczenia radzi autor każdego, który przebył gruźlicze zapalenie opłucnej, uważać jeszcze przez długi czas za dotkniętego gruźlicą i zastosować do tego warunki dyetetyczno-higieniczne.

Dr. M. Blassberg.

Mierzejewski. **Przyczynek do anatomii patologicznej tępoty umysłowej** (idyotyzmu). (*Żurnał newropatologii i psychiatrii imieni Korsakowa*, 1901). Na ostatnim (XIII) międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Paryżu przedstawił Bourneville klasyfikacyę różnych postaci tępoty umysłowej, opartą na grubszych, wybitnych, przeważnie morfologicznych zmianach anatomo-patologicznych ośrodkowego układu nerwowego. Klasyfikacya ta odpowiada wprawdzie praktycznym potrzebom wiedzy w obecnej chwili, nie jest jednak ściśle naukową i musi być z czasem zastąpioną przez klasyfikacyę, opartą na dokładnem badaniu budowy tkanki nerwowej i jej pierwiastków u idyotów, oraz na podstawach embryologicznych: przyczyną zmian w przypadkach tępoty umysłowej są niewątpliwie zboczenia w rozwoju tkanki nerwowej, początku zaś tych zboczeń szukać należy w życiu płodowem, lub w schorzeniach mózgu w krótkim czasie po urodzeniu. Nigdy nie spotykamy się z powstrzymaniem rozwoju (pod względem morfologicznym lub histologicznym), obejmującem mózg w całości: natomiast częstem jest powstrzymanie rozwoju pewnych okolic mózgu, co się cechuje obecnością neuroblastów. Obecnie już na podstawie szczegółowych dotychczas przeprowadzonych w tym kierunku badań mózgów idyotów (1-sze wogóle tego rodzaju badanie było wykonane przez autora jeszcze w roku 1877) można wyróżnić jedną grupę, cechującą się niestosunkowo słabym rozwojem istoty białej półkul, podczas gdy istota szara wytworzyła się bardzo obficie. Mózgi te, pochodzące z osób małogłowych (microcephalia i hemimicrocephalia) posiadają zwykle, choć niezawsze, słabo rozwinięte zwoje (*microgyria*); ich *centrum semiovale Vieussenii* jest bardzo słabo wykształcone, komory posiadają znaczną pojemność tak, że częstokroć półkule mózgowe tworzą właściwie tylko jakby pęcherze o cienkich ścianach (w przypadku Monakowa grubość tych ścian wynosiła zaledwie 3—15 mm., w jednym z przypadków autora 4—16 mm.; w tym ostatnim przypadku istota szara zajmowała $^2/_3$, istota biała zaledwie $^1/_3$ grubości ściany). Dokładne badania drobnowidowe tego rodzaju przypadków przy zastosowaniu najnowszych metod badania, wykazują albo całkowity brak, albo przynajmniej niedostateczny rozwój różnych kategoryj włókien nerwowych. Tak np. w ostatnim badanym przez autora przypadku nie wytworzyły się zupełnie zewnętrzne włókna skojarzenne (assocyacyjne) Meynerta, pęczki Baillargera i Vicq d'Azyra; brakowało także krótkich włókien skojarzennych i t. d. W przypadkach takich obok niedokształcenia substancyi białej daje się zauważyć i obfity rozwój i znaczna grubość substancyi szarej. Charakterystyczną cechą istoty szarej w tego rodzaju przypadkach stanowi obecność jednej nadliczbowej grubej warstwy, leżącej między 4-tą warstwą szarej istoty, a substancyą białą (*centr. semiov.*) i składającej się jużto z neuroblastów (przypadek autora), już też z komórek zwojowych, podobnych do wielokształtnych komórek 4-tej warstwy kory mózgowej (przypadki Matella i Meinea). W przypadku Meinea ta nadliczbowa warstwa była oddzielona od 4-tej warstwy kory pasemkiem istoty białej. Powyższe badania wykazują, iż istnieje pewien typ małego mózgu (*microcephalia*), odróżniający się od innych małych mózgów niestosunkowo znaczną ilością substancyi szarej, obok małej ilości substancyi białej; substancya szara jednakże w tych przypadkach jest albo powstrzymaną w swym rozwoju (neuroblasty), albo też okazuje inne zboczenie rozwojowe (heterotopia). Na podstawie tych badań przychodzi autor do wniosku, iż obfitość istoty szarej (komórek nerwowych) może się łączyć z tępotą umysłową. w tych przypadkach jednakże istnieje całkowity brak, albo przynajmniej niedostateczny rozwój pewnych dróg (włókien) nerwowych, komórki zaś nerwowe posiadają tylko małą ilość rozgałęzień, skutkiem czego funkcya mózgu mimo znacznej ilości komórek musi być upośledzoną. W końcu spotykano niekiedy w przypadkach tępoty umysłowej widoczne polepszenie się stanu umysłowego idyotów, — tłómaczy autor możnością przekształcania się istniejących w takich przypadkach neuroblastów w rzeczywiste komórki nerwowe, o ile naturalnie warunki ich odżywiania ulegną poprawie.

Dr. Gliński.

Salge (Berlin): **O t. zw. mleku maślanem** (*Buttermilch*), **służącem za pokarm dla osesków.** (*Wykład wygłoszony na Zjeździe tegorocznym w Hamburgu*). Na podstawie doświadczeń wykonanych w klinice Heubnera uważa autor za stósowne podawać mleko maślane, jako pierwszy pokarm osesków każdego wieku po przebyciu ostrych zaburzeń w trawieniu, u dzieci atroficznych i jako pokarm dodatkowy dla dzieci, karmionych piersią przy t. zw. *allaitement mixte*. Mleko to otrzymuje S. z kwaśnej śmietany, zawiera ono 0,50—1,0% tłuszczu, 2,5—2,7% białka i 2,8—3% cukru; stopień kwasoty wynosi 7. Mleko to posiada wielką wartość odżywczą, która wynosi 714 kaloryj; musi ono być świeże. Stolce osesków, karmionych tem mlekiem, są prawie prawidłowe, zawierają liczne bakterye kwasu masłowego. Pokarm przygotowuje się w ten sposób, że się dodaje do mleka maślanego 75 grm. mąki i 60 grm. cukru trzcinowego, a mięszaninę ogrzewa się powoli aż do trzykrotnego wrzenia. Wykonane badania przemiany materyi okazały, że 93% tłuszczu i 89% białka ulegają wessaniu. Litr mleka kosztuje 17 halerzy. S. stosował je w 119 przypadkach, z których w 85 wyniki były dobre.

Schlossmann podawał mleko maślane według wskazówek Teizeiry de Mattos u 140—150 osesków. a wyniki jego zgadzają się z wynikami Salgego. Przytem wyraża przekonanie, że niema pokarmu sztucznego, któryby dawał tak świetne wyniki, a szczególnie u dzieci ciężko chorych.

Gernsheim wyraża zdziwienie, że dzieci ciężko chore znosiły bez szkody 200 kaloryj na kilogram ciężaru ciała i że dzieci trzytygodniowe przyjmowały bez szkody tak wielką ilość skrobi. Należałoby zbadać odczyn i zawartość skrobi w stolcach tych dzieci.

Pfaundler widzi w podawaniu tego pokarmu. który pod wpływem bakteryj uległ rozkładowi, pewne podobieństwo z metodą Eschericha, który u osesków, mających stolce cuchnące, podaje 24-godzinną hodowlę bulionową z *bact. lactis aërogenes*, aby w ten sposób przeciwdziałać obecnym tam już bodźcom spraw gnilnych. Wyniki otrzymane były w niektórych przypadkach dobre. P. przypuszcza. że obecności *b. lactis aërogenes* należy i przy podawaniu mleka maślanego zawdzięczyć korzystne wyniki, jakoteż korzystny wpływ na trawienie i na wejrzenie stolców.

Teizeira de Mattos podnosi znaczenie tego pokarmu dla osesków i popiera swoje zapatrywanie świadectwem lekarzy holenderskich, którzy ogólnie na podstawie obszernego materyału uważają pokarm ten za najodpowiedniejszy dla osesków. — Heubner ostrzega przed podawaniem mleka maślanego ze śmietaną u dzieci chorych, gdyż te dzieci z chorobami żołądka i jelit nie znoszą pokarmu obfitującego w tłuszcz. Mleko maślane odpowiada wszelkim warunkom, wymaganym obecnie od pokarmu dla dzieci, gdyż z małej objętości wytwarza stosunkowo dużo kaloryj i jest łatwo strawne.

Soltmann radzi podawać mleko maślane przygotowane w domu, a nie sprzedawane.

Schlesinger sądzi, że te same wyniki otrzymać można, podając czyste mleko. — Falkenheim kładzie nacisk na delikatne i jednostajne rozmieszczenie sernika w mleku maślanem i tej okoliczności przypisuje łatwość strawienia mleka maślanego. — Salge nie mógł wykazać w stolcach skrobi: niepewnem jest, czy wprowadzenie bakteryj daje te dobre wyniki. *Dr. J. Ld.*

D. Helman. (Z prywatnej kliniki Dra Guranowskiego): **O znaczeniu „bacillus pyocyaneus" przy powstawaniu pierwotnego dławcowego zapalenia przewodu zewnętrznego, zarazem przyczynek do nauki o chorobotwórczem działaniu tego drobnoustroju.** (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde* rok 1901, Zeszyt 3 i *Medycyna*). Autor opisuje trzy przypadki pierwotnego dławcowego zapalenia przewodu zewnętrznego ucha — (*otitis externa crouposa*), w których badanie mikroskopowe galaretowatych błon wrzekomych, wyjętych z przewodu, wykazało obecność „bacillus pyocyaneus". Tak na agarze, jakoteż na żelatynie szczepione hodowle niewątpliwie okazywały cechy, właściwe dla tego drobnoustroju. Drugi z opisanych przypadków jest pod tym względem bardzo ciekawy: obok zapalenia dławcowego przewodu istniało ropienie w jamie bębenkowej (*otitis media purulenta*). Badanie mas galaretowatych z przewodu wykazywało „bacillus pyocyaneus" tak długo, jak długo trwały objawy zajęcia przewodu zewnętrznego. Gdy ten atoli po kilku dniach powrócił do stanu prawidłowego, z wydzieliny, pochodzącej już teraz wyłącznie z jamy bębenkowej, można było otrzymać hodowle „staphylococcus pyogenes albus", a ani śladu „b. pyocyaneus".

Już przed kilkunasty laty na tem samem miejscu podał Guranowski wiadomość o przypadku zapalenia dławcowego przewodu zewnętrznego, gdzie z błon udało mu się wyhodować „b. pyocyaneus". Wyraził wtedy przypuszczenie, że ten drobnoustrój odgrywa pewną rolę przy powstawaniu wymienionego zapalenia, z jedynego jednak przypadku nie chciał tej sprawy rozstrzygać.

Helman sądzi, że ze spostrzeganych przez siebie przypadków, wraz z dawniejszym przypadkiem Guranowskiego, wolno mu wysnuć wniosek, że powodem powstawania pierwotnego dławcowego zapalenia przewodu jest właśnie „pyocyaneus", co tem mniej wyda się dziwnem, że w ostatnich czasach nasze pojęcia o nieszkodliwości tego pasorzyta uległy znacznej zmianie. Wiadomem jest, że może on stać się przyczyną ropnego zapalenia ucha środkowego. Gdyby dalsze spostrzeżenia stale wykazywały obecność jego w rzeczonem cierpieniu przewodu zewnętrznego, zaproponowałby H. zmianę nazwy na „otitis externa pyocyanica", tembardziej, że z dławcem lub błonicą cierpienie to niema żadnego związku. *Schoengut.*

Stoeltzner. **O leczeniu krzywicy nadnerczyną.** (*Wykład wygłoszony na tegorocznym Zjeździe w Hamburgu*). S. stwierdził, że jedynie pastylki z nadnercza, wyrabiane przez Burroughsa, Welcomea i Sp. wpływały korzystnie na krzywicę; wyrabiany atoli przez Mercka „Rachitol" wpływu na chorobę niema. Dlatego też S. nie zaleca stosowania przetworów nadnercza w praktyce. Już dawniej zwrócił on uwagę, że krzywica anatomicznie i klinicznie jest podobna do obrzęku śluzakowego i wyraził zapatrywanie, że powstaje ona skutkiem niedomogi czynnościowej narządu z t. zw. wydzielaniem zewnętrznem. Okoliczność, że w przypadkach krzywicy, leczonych nadnerczem, nowa kostna tkanka patologiczna zamienia się na tkankę kostną, okazującą odczyn zwapniałej tkanki kostnej, przemawia za tem, że narządem z wydzielaniem wewnętrznem jest tu nadnercze, a krzywica powstaje skutkiem niedomogi wydzielniczej tego narządu.

Bendix wybrał dla leczenia nadnerczem 17 przypadków ze znacznemi zmianami krzywiczemi; nie stwierdził jednak korzystnego wpływu na przebieg choroby. Brak skuteczności tego leku przypisuje B. tej okoliczności, że podawał „Rachitol" Mercka, zalecany dawniej przez Stoeltznera, a o którego bezskuteczności obecnie sam Stoeltzner się przekonał. — Siegert popiera twierdzenie Langsteina, że nadnercze w krzywicy działa przez pobudzenie łaknienia. a dowód swoistego działania, przeprowadzony przez Stoeltznera, uważa za niedostateczny. *Dr. J. Ld.*

Basch. **Unerwienie gruczołu mlecznego.** (*Wykład wygłoszony na tegorocznym Zjeździe w Hamburgu*). B. badał zmiany w gruczole mlecznym po przecięciu nerwu spółczulnego (wycięcie zwoju trzewnego), po wycięciu nerwów obwodowych (*N. thorac. long.*, *N. spermat ext.*) i po skombinowaniu obu tych przecięć. Badania te przekonały go, że po rozmaitych tego rodzaju doświadczeniach ilość mleka się nie zmniejszała, natomiast w gruczołach tych pojawiała się siara obok zmian w kroplach tłuszczu. Uważa przeto B. siarę, jako wyraz skutkiem zaburzeń w unerwieniu niezupełnej czynności gruczołu mlecznego. Tak samo podwiązanie żył powoduje wydzielanie się siary, podczas gdy podwiązanie tętnicy tego skutku nie wywiera. B. sądzi, że gruczoł mleczny jest unerwiony przez nerwy obwodowe i przez nerw spółczulny i to tak obficie, że usunięcie wielkiej części układu nerwowego nie wstrzymuje czynności gruczołu mlecznego. Okoliczność ta jest też powodem ogólnego mniemania, jakoby czynność gruczołu mlecznego nie odbywała się pod wpływem nerwów. *Dr. J. Ld.*

Ganike. **Nowy sposób badań nad działaniem zaczynów; obustronne działanie zaczynu skrobi w soku trzustkowym.** (*Bolniczn. Gazeta Botk.* 1901, Nr. 45). Ganike oznacza siłę zaczynu (białkowego i skrobiowego), przyjmując pod uwagę zmianę fizycznych własności podłoża, którą zaczyn wywołuje. Jak wiadomo, pod wpływem zaczynu największym zmianom podlega wewnętrzne tarcie ciał białkowatych i skrobi: nawet bardzo gęste rozczyny ich przy działaniu zaczynu przechodzą w stan płynny. Wewnętrzne tarcie G. oznacza przeciągiem czasu, niezbędnym do tego, żeby pewna ilość płynu przeszła przez wązką rurkę włoskowatą; im dany rozczyn jest więcej płynny, tem prędzej to następuje. Podobna metoda okazała się dokładną, ponieważ czas w przyrządzie G. można oznaczać ze ścisłością $^1/_5$ sekundy. Zapomocą tej metody G. stwierdził przedewszystkiem, że działanie zaczynu białkowego soku trzustkowego znajduje się w prostym stosunku do zagęszczenia zaczynu, więc dwa razy mniejsza ilość zaczynu wymaga dwa razy dłuższego czasu dla wykonania tej samej pracy; w tymże samym zaś czasie wykonywa ona zaledwie $^1/_2$ pracy. Następnie G. zauważył, że gęste rozczyny skrobi (6,5% skrobi rozpuszczalnej), poddane działaniu soku trzustkowego, przechodząc po upływie pewnego czasu w stan płynny, wkrótce potem (już po $1^1/_2$—2 godzin) znów zastygają tak, że probówkę można przewrócić bez najmniejszej utraty jej zawartości; jeśli pozostawić ją i dalej, na dnie probówki powstaje osad, z góry zaś zupełnie przeźroczysty płyn. Spostrzeżenie to ma doniosłe znaczenie, wskazuje bowiem na obecność w soku trzustkowym zaczynu, który posiada własność przyprowadzać już strawione i rozpuszczone węglowodany do stanu, zbliżonego do pierwotnego, na wzór podobnej własności względem peptonów chimozyny soku żołądkowego i trzustkowego. *Witold Orłowski.*

Miecznikow. **Kilka uwag o zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 1). Miecznikow zwraca uwagę na to, że oprócz innych przyczyn, wywołujących zapalenie wyrostka robaczkowego, może ono powstawać dzięki glistom, z pośród których, jak wykazują spostrzeżenia M., najczęściej tu wpływa cianka ludzka (*trichocephalus dispar*), rzadziej glista ludzka (*ascaris lumbricoides*), lub glistnica robaczkowa. Urażając błonę śluzową wyrostka robaczkowego i jelita ślepego, pasorzyty te torują drogę dla drobnoustrojów chorobotwórczych, które w razie posiadania dostatecznej jadowitości wywołują zapalenie.

Witold Orłowski.

Tartakowski. **W sprawie rozpoznawania laseczników moru.** (*Wracz*, 1901, Nr. 43). Laseczniki moru, jak wiadomo, mają wiele wspólnych cech z t. zw. lasecznikami rzekomej gruźlicy gryzoniów. W istocie, obydwa rodzaje należą do rzędu *coccobacilli;* rozwój ich na różnych pożywkach jest jednakowy, i co najważniejsza, mogą one wywoływać u zwierząt (w laboratoryach) zupełnie jednakowe zmiany anatomo-patologiczne. Dla odróżnienia ich podał Chawkin w r. 1897 jako cechę charakterystyczną lasecznika moru wzrost jego na bulionie Chawkina (bulion z kilku kroplami masła krowiego, lub kokosowego) w kształcie stalaktytów: laseczniki wrastają wgłąb bulionu na podobieństwo bryłek lodu, które z każdym dniem zwiększają się wszerz i wzdłuż. Badania T. wykazały jednak, że takie kształty stalaktytów spostrzega się nietylko u laseczników moru, lecz również i u lasecznika rzekomej gruźlicy gryzoniów. Wobec tego T. twierdzi, że cecha rozpoznawcza, podana przez Chawkina, nie posiada znaczenia, jakie mu Ch. nadawał dla rozpoznania laseczników moru. *Witold Orłowski.*

Zimnicki. **W sprawie powstawania wrzodu trawiennego w dwunastnicy** (*ulcus pepticum duodeni*) **przy zatrzymaniu żółci w ustroju.** (*Bolniczn. Gaz. Botk.* 1901, Nr. 45). Badając chorych na żółtaczkę, oraz psy z podwiązaną przetoką żółciową, przekonał się Z., że żółtaczka wywołuje 1) wzmożenie czynności wydzielniczej żołądka, 2) miejscowe zmiany w naczyniach dwunastnicy (nadżerki, zwyrodnienie szkliste, zakrzep, wynaczynienia, stany zapalne i t. d. i 3) ogólną niedokrwistość. Warunki te, jak wiadomo, przyczyniają się do powstania owrzodzeń okrągłych w żołądku; im też przypisuje Z. i powstawanie wrzodów trawiennych w dwunastnicy przy zatrzymaniu w ustroju żółci.

Witold Orłowski.

Kazarynow. **Serodyagnostyka gruźlicy.** (*Russ. Wracz* 1902, Nr. 1). Autor badał odczyn Arloing-Courmonta na 84 osobnikach, w tej liczbie 11 było zdrowych, z których u 9-ciu odczyn był ujemny, u dwóch zaś dodatni; jeden z tych dwóch po upływie miesiąca wstąpił do szpitala z objawami gruźlicy stawów. Z pomię-

bywają przypadki zarażenia się człowieka perlicą i przypuszcza, że niebezpieczeństwo zarażenia w znacznej mierze zależy od liczby wprowadzonych do ustroju prątków. Należy zauważyć, że poglądy, podobne do tych, jakie wypowiedział Koch na ostatnim Kongresie londyńskim, wyrażali już dawniej inni badacze (Pütz, Fiorentini i inni).

Sądząc ze spostrzeżeń hodowców i weterynarzy, należałoby przypuszczać, że perlica udziela się człowiekowi. We Fryzyi, kraju tak słynnym z hodowli bydła wybitnie mlecznego, miejscowi weterynarze stwierdzają, jak się o tem prelegent w roku bieżącym na miejscu przekonał, że gruźlica jest bardzo rozpowszechnioną wśród bydła w tych właśnie okolicach, gdzie i odsetek ludzi, gruźlicą dotkniętych, jest znaczny, — i *vice versa.*

Przedstawiwszy w dalszym ciągu wykładu zasady użycia tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego i opartą na tych zasadach metodę zwalczania gruźlicy u bydła, opracowaną i w praktyce zastosowaną pierwotnie przez Banga, przechodzi prelegent do rozpatrzenia jej zalet i wad, głównie przy tem uwzględniając wyniki praktyczne, uzyskane z pomocą tej metody w Niemczech, Stanach Zjednoczonych Ameryki, Danii, Szwecyi i Norwegii. Jakkolwiek tuberkulina niewątpliwie jest cennym środkiem rozpoznawczym, to jednak bezwzględnie pewnym nie jest. Omyłki taksują jedni na 10% przypadków, inni — mniej (około 3%). Czasem sztuki silnie gruźlicze nie oddziaływają wcale, czasem znów oddziaływają krowy zdrowe, albo w małym stopniu gruźlicą dotknięte (Kühnau i inni). W dodatku nie oddziaływają czasem sztuki dotknięte gruźlicą wymienia, jedną z form gruźlicy najbardziej niebezpiecznych. Nadto uskarżają się weterynarze niemieccy (Kühnau) na lokalne zjawiska chorobowe (zapalenia), spowodowane przez szczepienie tuberkuliną, które sprawiają, że w rzeźniach niemieckich mięso sztuk szczepionych (zupełnie przedtem zdrowych) często musi być niszczone.

Metody radykalnego i przymusowego tępienia gruźlicy u bydła, jakie zastosowano w Ameryce i Belgii (wybijanie przymusowe wszystkich reagujących sztuk i t. d.) zawiodły zupełnie oczekiwania, mimo że na ten cel (indemnizacya dla właścicieli bydła i t. d.) wydano milionowe sumy. Dziś już nikt nie zgodziłby się na tak radykalne środki, jak proponowane na Kongresie w Paryżu w r. 1888 na przymusowe niszczenie mięsa każdego zakażonego zwierzęcia, lub zalecane dawniej w Warszawie przymusowe wybijanie wszystkich sztuk gruźliczych.

Daleko lepsze wyniki wydało stopniowe i powolne tłumienie gruźlicy u bydła, stosowane w Skandynawii. Umiejętnie zastosowana przy tej metodzie tuberkulina oddaje cenne usługi, a czynny i dobrowolny współudział uświadomionych hodowców jest koniecznym warunkiem osiągnięcia dobrego wyniku. Nie należy jednak się łudzić, aby można było tą metodą zwalczyć gruźlicę u bydła w krótkim czasie.

W Danii i Szwecyi zwalcza się w sposób radykalny (przymusowe wybijanie) tylko gruźlicę wymienia, a w roku bieżącym, za przykładem Skandynawii, poszły Niemcy. Wypracowany przez niemieckie Towarzystwo mleczarskie projekt ustawy o przymusowem wybijaniu krów, dotkniętych gruźlicą wymienia, rząd we wrześniu postanowił przekazać Radzie Związkowej do rozpatrzenia.

Oprócz gruźlicy wymienia niebezpieczną jest także gruźlica ogólna, daleko posunięta, gruźlica płuc, przewodu pokarmowego i narządu płciowego.

Prelegent omawia następnie prace nad mlekiem krów, dotkniętych gruźlicą wymienia, przeprowadzone w r. 1895 przez Ernsta, Jacksona i Langdon Fronthinghama, oraz prace angielskiej komisyi gruźliczej (Dr Martin, r. 1895).

W końcu zwróciwszy uwagę na brak dostatecznie pewnych podstaw naukowych w sprawie walki z gruźlicą bydła (np. wątpliwości, wywołane ostatnią pracą Kocha, sprawa sposobów szerzenia się gruźlicy i istoty jej zarazka, *vide* praca Dra Droby i t. d.), ostrzega prelegent przed nierozważnem używaniem i propagowaniem metod zwalczania gruźlicy zbyt radykalnych, jednostronnych i kosztownych, podnosi konieczność dalszych badań nad gruźlicą człowieka i gruźlicą bydła, a w końcu omawia sposoby, za pomocą których hodowcy i mleczarze mogą przyczynić się do ograniczenia gruźlicy u bydła i zmniejszenia niebezpieczeństwa, jakie zakażone produkty zwierzęce przedstawiają dla zdrowia człowieka. Środkami takimi są: zdrowy wychów młodzieży, pastwisko, higieniczne urządzenie obory, zdrowy personal, żywienie paszą o ile możności naturalną, unikanie zbyt jednostronnego kierunku hodowlanego i chowu w pokrewieństwie, zwracanie uwagi na zdrowie zwierząt przeznaczonych do chowu i licencyonowanych reproduktorów, utrzymywanie bydła w czystości, czystość w oborze i mleczarni, zdrowa woda, umiejętna technika mleczarska (chłodzenie, pasteuryzowanie, użycie czystych hodowli i t. d.), sanitarna kontrola mleczarń. W sprawie trudności wyjaławiania mleka podaje prelegent własne spostrzeżenia, oparte na znacznym materyale doświadczalnym.

W dyskusyi zabrał głos kol. prof. Nowak. Po tuberkulinie spodziewano się od czasu jej odkrycia rozmaitych rzeczy: więc najpierw wyleczenia chorych na gruźlicę, a gdy to zawiodło, sądzono iż uda się za pomocą tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego, usunąć gruźlicę przynajmniej z obór i to w krótkim przeciągu czasu, ale i pod tym względem tuberkulina zawiodła. Nie winna tu jednak tuberkulina, lecz ci, co w niej za wielkie pokładali nadzieje, bo stwierdzić trzeba, iż tuberkulina, odpowiednio użyta, jest bardzo dobrym środkiem rozpoznawczym, który na ogół zawodzi rzadko. Nie idzie za tem, iżby można za pomocą tuberkuliny w tak krótkim czasie i z taką pewnością, jak to dotychczas sądzono, zwalczyć gruźlicę bydła rogatego; przyczyny tego leżą częścią w tych minimalnych zresztą, ale przy zwalczaniu gruźlicy bydła za pomocą tuberkuliny ważnych omyłkach, w niemożności zastosowania w praktyce z całą ścisłością, jakiej wymaga nauka, rozmaitych ostrożności i co najważniejsza w tem, iż dotychczas za mało wiemy jeszcze o gruźlicy samej i o sposobie jej szerzenia się; być może iż np. gruźlica może w pewnych warunkach róść dziko, jak np. promienica i gdyby tak było, nasza walka z gruźlicą musiałaby zupełnie inne przybrać formy.

Mimo to nie mamy dziś pewnej metody zwalczania gruźlicy u bydła, bo i metoda Banga, radykalnie zastósowana, nie daje oczekiwanych wyników; na to zgadza się dziś i sam Bang; musimy z gruźlicą tą walczyć i stawiać jej wedle możności naszej pewien opór. Szanowny prelegent na początku swego odczytu zaznaczył, że hodowla jest do pewnego stopnia winną takiego rozszerzania się gruźlicy u bydła, jak dziś, nie możemy więc spodziewać się, że hodowla sama zwalczy gruźlicę, ale może przyczynić się do jej ograniczenia, modyfikując swoje niektóre zbyt jednostronne wymagania i kierując nauką hodowli w teoryi i praktyce w zakresie więcej zbliżonym do natury, który to zwrot zdaje się od pewnego czasu wyraźnie się w tej nauce zaznaczać. Najniebezpieczniejszymi są te przypadki, w których mamy już do czynienia z klinicznymi objawami gruźlicy, bo w tych zazwyczaj dotknięte nią sztuki rozsiewają prątki gruźlicze i rozszerzają chorobę, a więc też trzeba co rychlej wdrożyć akcyę do usunięcia z hodowli sztuk z klinicznymi objawami gruźlicy i w tym też kierunku rozpoczęto dziś walkę z gruźlicą w Niemczech, posługując się przy tem metodami naukowemi, t. j. badaniem mikroskopowem i bakteryologicznem wydzielin (mleka — kału — plwocin) sztuk podejrzanych. Naturalnie, iż tuberkulina w wyszukiwaniu takich sztuk podejrzanych, które w ciągłej powinny być obserwacyi, cenne oddać może usługi. Już też w memoryale, wystósowanym w sprawie zwalczania gruźlicy w oborach zarodowych do Wydziału krajowego przez Towarzystwo rolnicze zachodnio-galicyjskie, podniosłem ten rodzaj walki z gruźlicą bydła i wskazałem na potrzebę dalszych w tym kierunku badań i prób, a na niebezpieczeństwo stósowania na większą skalę jakiegokolwiek szablonu, z których żaden dotychczas nie wytrzymał próby praktycznej. Walka z gruźlicą bydła musi być prowadzoną ostrożnie i brać w niej muszą udział rozmaite czynniki, a pierwszym jej i najważniejszym etapem winny być, niestety dotychczas przynajmniej u nas dość zaniedbywane — dalsze ścisłe badania nad gruźlicą *(Streszczenie własne).*

Kol. Surzycki interpelował prelegenta w sprawie rozszerzania się gruźlicy w okolicy Krakowa, odporności od gruźlicy rasy krajowej bydła czerwonego i co do odporności bydła górskiego.

Kol. prof. Wachholz zwrócił uwagę na braki higieniczne w mleczarniach krakowskich i potrzebę poprawy w tym kierunku.

Kol. Bier sprzeciwia się pewnym faktom, podanym przez prelegenta, co do ujemnych wpływów ubocznych przy szczepieniu tuberkuliny u bydła, na podstawie własnych spostrzeżeń, oraz zaznacza, że na podstawie szczepień tuberkuliną, dokonanych przez Zakład higieny w Krakowie, odsetek bydła gruźliczego przeciętnie wynosi około 40%, są zaś obory nawet wolne od gruźlicy, w innych zaś odsetek bydła gruźliczego dochodzi do 79%.

Po wyjaśnieniu interpelacyi przez prelegenta zakończono posiedzenie.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

V. 73-ci Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu

(od dnia 22—28 września 1901).

Podał

Dr. Jan Landau.

Sekcya gruźlicza.

Heller (Kilonia) opisuje następujące trzy spostrzeżenia: I. Chłopak 14-letni, tatuowany, w zamiarze pozbycia się blizn wstrzykiwał w miejsca tatuowane mleko krowie, otrzymywane od tej samej krowy (zwyczaj ludowy). Na miejscu tem wytworzyły się typowe objawy wilka z komórkami olbrzymiemi; nie można atoli było wykazać prątków gruźliczych. W tym przypadku gruźlica przeniosła się z krowy na człowieka. II. Koch uważa pierwotną gruźlicę jelit za postać rzadką; Heller jednak rozróżnia gruźlicę jelit u dorosłych i u dzieci. U pierwszych wynosi ona 2%; u dzieci na 714 przypadków błonicy, badanych pośmiertnie, znalazł H. u 140 ślady gruźlicy; z tych 140 przypadków u 43 = 30% stwierdzono pierwotną gruźlicę jelit, a w niektórych zmianę w gruczołach krezkowych i okołooskrzelowych. III. H. spostrzegał 10.000 morskich świnek, pochodzących z rodziców gruźliczych. Chowane w dobrych warunkach nie zapadały na gruźlicę. W ostatnim czasie zauważono jednak znaczną między temi zwierzętami śmiertelność, a śledząc za jej przyczyną, zauważono, że otrzymywały one złe siano, po usunięciu którego stan zdrowotny zwierząt się poprawił.

Sprengel (Brunszwik): **Które przypadki t. zw. gruźlicy chirurgicznej nadają się do leczenia w lecznicach** (*Heilstätten*). Sprawa ta dla dorosłych nie nabrała doniosłego znaczenia, gdyż zazwyczaj gruźlica chirurgiczna łączy się z gruźlicą płuc. Gruźlicę chirurgiczną u dzieci, jako chorobę dobrotliwą i w większości przypadków uleczalną, oddawna leczy się w lecznicach; leczenie jednak jest długotrwałe, a przypadki muszą być odpowiednio dobierane. W Niemczech leczenie to trwa tylko sześć tygodni, dlatego dobre wyniki leczenia są rzadkie; we Francyi zaś czas leczenia nieograniczony, co sprowadza 70% wyleczenia. Na 263 przypadków leczonych w kolonii nadmorskiej w Norderney przez sześć tygodni, w 142 przypadkach leczenie było bezskuteczne; leczenie to więc mało przynosi korzyści. Dlatego też S. zaleca: 1) przedłużenie czasu pobytu w kolonii i 2) odpowiedni wybór przypadków. Należy uwzględnić, że gruźlica chirurgiczna jest chorobą miejscową, wymaga leczenia miejscowego, a jest ono skuteczne. Ponieważ statystyka wykazuje, że wyniki leczenia chirurgicznego tych postaci gruźlicy prawie zawsze są lepsze, aniżeli przy leczeniu klimatycznem, niema przeto powodu wysyłać tych chorych nad morze. Należy się starać o równoczesne leczenie chirurgiczne i klimatyczne, gdyż to ostatnie wpływa na stan ogólny. S. sprzeciwia się chirurgicznemu leczeniu garbu i zaleca wzmocnienie ustroju ogólne. Ograniczenie czasu leczenia do sześciu tygodni należy porzucić, a czas trwania leczenia w poszczególnym przypadku ma oznaczyć lekarz.

Grünbaum (Liverpôol): **O możności przeniesienia gruźlicy bydlęcej.** G. przeszczepiał gruźlicę bydlęcą na małpy, których budowa podobna do budowy człowieka. Na miejscu szczepienia powstały owrzodzenia, a po zabiciu zwierząt po upływie miesiąca znaleziono w wątrobie i śledzionie dużo gruzełków, w wydzielinie zaś owrzodzeń prątki gruźlicze. Z badań tych można wnosić o możności przeniesienia gruźlicy na ludzi.

Michaelis już oddawna zwraca uwagę na dziedziczność gruźlicy, a spostrzegając tę samą ludność przez 35 lat, sądzi, że rodzaj zatrudnienia odgrywa tu ważną rolę. Na 100 kamieniarzy zmarło 58, z tych 54 na gruźlicę; u górników w kopalniach węgla od 20-tu lat nie widział gruźlicy. — Friedmann wprowadzał samicom królików przed spółkowaniem prątki gruźlicy do pochwy i badał potem ich płody. We wszystkich przypadkach wykazał u płodów prątki gruźlicze; wnioskuje zatem, że prątki, wprowadzone z plemnikami, mogą być przeniesione na płód, nie zakaziwszy poprzednio matki. — Sommerfeld podaje, że 25% kamieniarzy umiera na gruźlicę, a mniejwięcej prawie wszyscy ulegają tej chorobie. Ważnym środkiem zapobiegawczym jest zwilżanie materyału w kamieniołomach.

Bang (Kopenhaga): **O leczeniu światłem.** Promienie ultrafioletowe powodują po pewnym czasie zaczerwienienie i trwałe zabarwienie skóry; proces ten histologicznie polega na rozszerzeniu naczyń i na hiperleukocytozie. Leczenie światłem daje wyniki pewne; zabieg nie jest bolesny, a blizna jest ładna; leczenie jednak jest długotrwałe i kosztowne. B. podaje konstrukcyę lampy własnego pomysłu, która daje prawie wyłącznie światło ultrafioletowe i nie grzeje; używa do tego elektrod żelaznych i włącza jeszcze oziębienie zapomocą zimnej wody. Światło tej lampy jest zimne, jasne, a jego siła bakteryobójcza bardzo wielka; bakterye ulegają zniszczeniu 60 razy prędzej, aniżeli przy użyciu innych metod, a zużycie prądu jest 56 razy słabsze, aniżeli przy użyciu lampy łukowej Finsena, gdyż wystarcza 5 MA. Lampę można połączyć z prądem, w mieszkaniu już zaprowadzonym. W przeciągu pięciu minut można osiągnąć ten sam skutek, co przedtem po 1¼ godziny, a odczyn na prąd jest tak silny, jak przy użyciu przyrządu Finsena. Pojedyncze posiedzenie trwa kilka minut, najwyżej do dziesięciu.

Brunslow (Rostok): **Przypadek gruźlicy stawu kolanowego i leczenie jego zapomocą nowej tuberkuliny Kocha.** W przypadku autora od ostatniego wstrzyknięcia tuberkuliny upłynął czas 1½ lat bez nawrotu choroby. B. radzi unikać silnych odczynów i nie robić nowego wstrzyknięcia, dopóki odczyn po ostatniem wstrzyknięciu nie ustąpił.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 16. kwietnia 1901 r.

Obecni wszyscy członkowie Wydziału.

I. Uchwalono zwołać posiedzenie pełnej Izby na dzień 27 kwietnia.

II. Uchwalono popierać wniosek Izby morawskiej o utworzenie wspólnego Wydziału Izb z tem jednakże zastrzeżeniem, że wspólny ten wydział nie ma być instancyą apelacyjną od orzeczeń Rady honorowej.

III. Uchwalono odnieść się do Wydziału krajowego z przedstawieniem, że przekroczenie 40 roku życia nie może być przeszkodą w ubieganiu się o posadę lekarza okręgowego.

IV. Na zapytanie c. k. Namiestnictwa o opinię w sprawie podania c. k. Dyrekcyi klinik w Krakowie o utworzenie w tychże klinikach separatek płatnych, uchwalił Wydział jednomyślnie przedstawić pełnej Izbie umotywowany referat, oświadczający się przeciwko zaprowadzeniu podobnej inowacyi.

V. Kol. Walczyński przedstawił projekt poprawy poborów lekarzy więziennych, który uchwalono przedłożyć pełnej Izbie.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 4. czerwca 1901 r.

Obecni wszyscy członkowie Wydziału prócz Dra. Walczyńskiego, który nieobecność swoją telegraficznie usprawiedliwił.

I. Wdowie po mag. chirurgii B. w. J. udzielono zapomogi w kwocie 100 koron.

II. Sprawę zmiany blankietów do wykazów szczepienia, poruszoną pismem Towarzystwa Samopomocy lekarzy, oddano do referatu Drowi Ponikle.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 17. września 1901 r.

Obecni: Prezes Dr. Łazarski, Drowie Ponikło i Walczyński. Nieobecność usprawiedliwił Dr. Trzebicky.

I. Przewodniczący zdaje sprawę z wiecu Izb, odbytego w maju b. r. w Wiedniu.

II. Sierotom po ś. p. Dr. J. udzielono zapomogi w kwocie 200 kor.

III. Przesłane przez Delegacyę stałą zjazdów lekarzy i przyrodników polskich uchwały oddano Drowi Walczyńskiemu do referatu.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej z dnia 22. października 1901. r.

I. Wdowom po lekarzach, paniom B i P. udzielono zapomogi po 50 koron.

II. Pismo c. k. prezydyum Namiestnictwa, zapraszające delegata Izby na posiedzenie Rady zdrowia, które jednakże nadeszło do Izby tak późno, że jej delegat żadną miarą już w posiedzeniu udziału wziąć nie mógł, oddano do referatu Drowi Ponikle.

III. Memorandum w sprawie reformy ubezpieczenia chorych uchwalono udzielić Izbie handlowej

IV. Uchwalono w myśl referatu Dra Walczyńskiego przedłożyć pełnej Izbie wniosek Towarzystwa Samopomocy lekarzy o poczynienie kroków u c. k. Rządu celem zniesienia zakazu, nie dozwalającego lekarzom cyslitawskim praktykowania w krajach korony węgierskiej poza pasem granicznym 5-cio kilometrowym.

V. Uchwalono w myśl referatu Dra Walczyńskiego polecić pełnej Izbie z uchwał Delegacyi wspólnej zjazdów lekarzy i przyrodników polskich do przyjęcia punkt 1), dotyczący ordynacyi po aptekach przez partaczy i p. 5) żądający wyznaczenia przy sądach osobnych ubikacyj dla badania chorych.

Protokół z posiedzenia Rady honorowej zachodnio-galicyjskiej odbytego w dniu 26. marca 1901 r.

Obecni: Prezes Dr. Łazarski, Drowie: Ponikło, Trzebicky Walczyński.

I. W sprawie przeciwko Dr. B. z R. uchwalono zażądać bliższych wyjaśnień od urzędu gminnego.

C. k. Starostwu w P., żądającemu wytoczenia śledztwa przeciw Drom K. i P. za popieranie technika dentystycznego B., uchwalono odpowiedzieć, że Izba może tylko wkraczać na podstawie ściśle konkretnych faktów.

II. Skargę 2 stron przeciw Drom. R. i W. odstąpiono do referatu Drowi Walczyńskiemu.

III. W sprawie zażalenia Dra V. przeciw Drowi K. uchwalono w myśl referatu Dra Trzebickyego odpowiedzieć, że Rada honorowa nie widzi powodu do dalszych dochodzeń.

Protokół z posiedzenia Rady honorowej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 16. kwietnia 1901 r.

Obecni wszyscy członkowie.

I. W sprawie skargi, wniesionej przez klientów przeciw Drom R. i W., uchwalono odpowiedzieć, że Rada honorowa nie widzi powodu do wkraczania. Przeciw Drowi S. uchwalono rozpisać rozprawę.

Protokół z posiedzenia Rady honorowej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 4. czerwca 1901 r.

Obecni: Prezes Dr Łazarski, Drowie Ponikło, Kohn i Trzebicky. Nieobecność usprawiedliwił Dr. Walczyński.

I. Na podstawie przeprowadzonej rozprawy udzielono Drowi S. upomnienia za uchybienie przeciw godności stanu lekarskiego.

Protokół z posiedzenia Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 27. kwietnia 1901 r.

Obecni wszyscy członkowie Izby.

I. Na wniosek Komisyi kontrolującej udzielono podskarbiemu absolutoryum za r. 1900.

II. Dr. Walczyński przedłożył imieniem Wydziału projekt odpowiedzi odmownej na zapytanie c. k. Namiestnictwa w sprawie proponowanego przez Dyrekcyę c. k. klinik Uniw. Jag. urządzenia w klinikach separatek I. i II. klasowych i pobierania od chorych tamże pomieszczonych honoraryum przez Dyrektorów klinik. Na wniosek Dra Dietziusa przyjęto referat jednomyślnie bez dyskusyi i wyrażono referentowi gorące podziękowanie za wypracowanie tak sumiennego i wszechstronnie sprawę traktującego referatu.

III. Dr. Trzebicky wnosi imieniem Wydziału przejście do porządku dziennego nad wnioskami Sekcyi Sanockiej Tow. lek. gal., dotyczącemi zmiany planu nauk w szkołach średnich, zmiany częściowej ustawy o Sądach przysięgłych i w sprawie wzywania lekarzy znawców przez c. k. Sądy bez uprzedzenia osobistego. Wniosek przyjęto.

IV. Na wniosek Dra Łazarskiego uchwalono również przejść do porządku nad wnioskiem Izby zarządzającej, żeby każdemu lekarzowi przy promocyi doręczano egzemplarz etyki lekarskiej.

V. Projekt założenia kasy zapomogowo-pensyjnej przez Izbę wschodnio-galicyjską przyjęto do wiadomości.

VI. Na wniosek Dra Łazarskiego uchwalono zgodzić się na wniosek Izby zarządzającej o utworzenie wspólnego Wydziału Izb z tem jednak zastrzeżeniem, żeby Wydział ten nie był instancyą apelacyjną w sprawach honorowych.

Wniosek kol. Walczyńskiego o podniesienie wynagrodzenia lekarzom więziennym przyjęto z tym dodatkiem, że projekt po uzupełnieniu przez Dra Jabłońskiego ma być przesłanym do ministerstwa sprawiedliwości.

VII. Na wniosek Dra Ćwiklicera powierzono Wydziałowi, by wraz z innemi Izbami starał się o uzyskanie dla lekarzy prawa korzystania w razach nagłych z pociągów towarowych.

Delegatem na wiec Izb wybrano Dra Łazarskiego.

Sprawozdanie
Zakładu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi w Krakowie za miesiąc listopad 1901

W miesiącu tym leczono ogółem osób 39; w liczbie tej 3 osoby pozostałe w leczeniu z miesiąca października, 6 osób pozostaje nadal w leczeniu na miesiąc grudzień.

Od początku roku 1901 do dnia 30 listopada leczono ogółem 595 osób.

Wykaz 27 osób, leczonych w miesiącu listopadzie, ze względu na rodzaj pokąsania:

POKĄSANIE	A. Wściekliznę stwierdzono przez: szczepienie próbne cząstki mózgu (sub duram) królikowi	B. Wściekliznę stwierdzono przez: sekcyę weterynarską	C. Zwierzęta podejrzane	Ogółem
w twarz i głowę . . .	—	1	1	2
w kończyny górne i tułów	—	10	9	19
w kończyny dolne .	1	3	2	6
w ciało gołe . . .	—	10	9	19
przez ubranie .	1	4	3	9
Ogółem . . .	1	14	12	27

Zwierzęta kąsające były w 25 przypadkach psy, w 2 przypadkach koty. Psy szczepiono ochronnie 3 razy.

Kraków, dnia 10 grudnia 1901 r.

O. Bujwid, Dyrektor Zakładu, m. p.

Uwagi nad projektem Statutu przymusowego ubezpieczenia się lekarzy, uchwalonym na Walnem zgromadzeniu Towarzystwa Samopomocy lekarzy w dniu 24. listop. 1901.

W odezwie, zapraszającej wszystkich lekarzy do wzięcia udziału w założyć się mającem Towarzystwie Samopomocy lekarzy w dniu 3. lutego 1901, zwrócono uwagę i położono nacisk szczególny na brak jakiegokolwiek zaopatrzenia na wypadek choroby, ułomności, niezdolności do zarobkowania, na wypadek śmierci i t. p., dla lekarzy wolnopraktykujących, t. j. takich, którzy są bez posady, bez emerytury, bez wszelakich dochodów stałych. Powiedziano tam, że z dniem każdym zmniejsza się teren działania dla tych lekarzy i przewidywano w przyszłości gorszy niż opłakany stan. Aby im pomódz, zadało sobie zawiązane d. 3. lutego 1901 r. Towarzystwo Samopomocy lekarzy, a właściwie Wydział i Prezes tegoż, bardzo wiele żmudnej pracy nad obmyśleniem projektu do Statutu przymusowego ubezpieczenia się lekarzy wogóle. Cześć i uznanie za to im należne wyraziło Walne zgromadzenie Tow. Samopomocy w d. 24 listop., oraz uchwaliło i przyjęło ten projekt prawie bez dyskusyi, pod hasłem: „Quod dignum et justum est“.

„Quod dignum est justum est“, musi także być „aequum et salutare“, a to się nie stało, gdyż właśnie ci lekarze, o których w rzeczonej odezwie była mowa, zostali od udziału w funduszu emerytalnym, proponowanym w Statucie, wykluczeni z powodu wieku przekroczonego. Statut ten jest dla najmłodszych i młodych jeszcze lekarzy, którzy nie przekroczyli 50 lat wieku. — Dobrze i to jest, niechaj przynajmniej młodsze pokolenie polepszy swój los. — Statut proponowany atoli zmusza ustawowo do wkładek na rzecz funduszu emerytalnego wszystkich lekarzy, bez wyjątku, czy oni będą korzystać z tego funduszu, lub nie, a więc i tych wszystkich, którzy mają już zkądinąd emeryturę dostateczną (profesorowie, lek. powiatowi i t. p.) i tych, którzy znikąd emerytury nie mają, a i z tego Statutu na mocy wieku są wykluczeni. Wkładki od niekorzystających z funduszu emerytalnego lekarzy i od wykluczonych z powodu wieku, wymagane będą tylko w postaci stempla 5-halerzowego na każdą receptę z osobna, co uważać się ma za stronę etyczną i solidarność zawodową od tych lekarzy, którzy z emerytury nie mają korzystać.

W praktyce będzie to tak wyglądać: Lekarz zapisujący *minimum* 4 recepty dziennie, płatne po koronie (jeżeli wszystkie są płatne i w tej wysokości), zarobi 4 korony dziennie. To jest dochód, na utrzymanie całkowite dziś dla niego samego niewystarczający, Z tego dochodu odkładać musi dziennie 20 halerzy na fundusz emerytalny, czyli 6 koron miesięcznie, czyli 72 koron rocznie dla ko-

legów młodszych, bo sam nie ma prawa do emerytury. Jeżeli będzie miał to szczęście zapisywać dziennie 8 recept, płatnych po koronie, składać będzie z tego do funduszu emerytalnego rocznie 144 koron, to jest sumę, za którą mógłby się ubezpieczyć w Towarzystwie asekuracyjnem, mając lat 50, na około 4000 dla rodziny na wypadek śmierci. Zatem Statut ten, wykluczając lekarzy 50-letnich, odejmuje im jeszcze sposób i możność myślenia o czarnej godzinie ich śmierci. A więc to nie jest „aequum et salutare“. Lekarzy 50-letnich należy albo złączyć do Statutu z prawem do emerytury, albo ich wyłączyć od obowiązku pisania recept na stemplowanych blankietach. Stempel od strony przypadający może aptekarz przylepić. — Jeżeli Statut nadto wyłącza także od emerytury lekarzy, zkądinąd emeryturę mających, np. profesorów, prymaryuszów, lek. powiatowych i t. d. a do stemplowanych recept zmusza ich, natenczas przypuścić należy, że opłaty tychże (wysokie) powinny pokryć braki lekarzy 50-letnich, za parę lat w tył i umożliwić im należenie do funduszu emerytalnego i to byłoby: „quod dignum et justum est, aequum et salutare“.

Ściąganie zaś tych 5 halerzy za każdą receptę stemplowaną z kieszeni chorego jest niewykonalne i niedopuszczalne na rzecz funduszu emerytalnego. Jeżeli ktoś da guldena lub koronę, lekarz nie będzie żądał jeszcze naddatku 5 halerzy za blankiet. — To są uwagi konieczne, o których szersze koło lekarzy winno być poinformowane.

Z uszanowaniem

Siersza 6. grudnia 1901. *Dr. Piorko.*

Szanowna Redakcyo!

Jako referent projektu ustawy o ubezpieczeniu lekarzy wyłuszczyłem p. Drowi Piórce na Walnem zgromadzeniu Towarzystwa Samopomocy powody, dla których projekt wyklucza od ubezpieczenia lekarzy więcej niż 50 lat liczących, a nie zwalnia ich od obowiązku pisania recept na blankietach stemplowych. Pomimo to porusza p. Dr. Piórko ponownie ten sam zarzut w liście powyższym, wypada mi zatem bodaj w krótkich słowach powtórzyć to, co w tej sprawie na Walnem zgromadzeniu powiedziałem.

Projekt, o którym mowa, oparty jest na podstawach matematycznych; pragnie on zapewnić lekarzom zabezpieczającym się w wieku poniżej lat 50 korzyści niemałe, ale celem pozyskania potrzebnego pokrycia nakłada tak na lekarzy, jakoteż na społeczeństwo opłaty wcale znaczne. Zwiększenie tych opłat nie byłoby stosowne, gdyż ani lekarze nie mogliby im zadość uczynić, ani społeczeństwo nie zgodziłoby się zapewne na zbyt wygórowane ofiary. Według naszego projektu wynosi roczna premia za każdego ubezpieczonego lekarza 19% pełnej emerytury, czyli 456 k.; gdybyśmy wciągnęli w ubezpieczenie i lekarzy więcej niż 50 lat wieku liczących, podniosłaby się premia, która corocznie za każdego ubezpieczonego do funduszu pensyjnego wpłynąć musi, tak znacznie, że wprost niemożliwe byłoby wyszukanie takiego sposobu pokrycia, na który lekarze sami, a następnie rząd i parlament mogliby się zgodzić. Z tego samego powodu projekt ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych (wniesiony już do Rady państwa) ogranicza przyjęcie do ubezpieczenia kobiet do 40 r. życia, mężczyzn do 50 r. życia. Ograniczenie takie nie jest wypływem złej woli, ale rachunku, łatwo zrozumiałego dla każdego, który uprzytomni sobie, że im starszym jest ubezpieczający się, tem mniej wpłacić on może do funduszu pensyjnego, który tem szybciej będzie zmuszony zacząć wypłacać emeryturę lub pensyę wdowią. — Nie mając sposobu zwiększenia dochodów funduszu pensyjnego, trzeba było albo znacznie zmniejszyć wymagania co do wysokości emerytury, pensyi wdowiej i t. d. i przyjąć wszystkich lekarzy w ubezpieczenie, albo wykluczyć od ubezpieczenia ludzi starszych, którzy fundusz pensyjny najrychlej i najwięcej obciążać muszą, wszystkim zaś innym lekarzom zapewnić takie korzyści z ubezpieczenia, które istotnym potrzebom odpowiadają; wybraliśmy to drugie, wybraliśmy dla tego, bo w pierwszym przypadku cały ogół lekarzy dużoby tracił, w drugim cierpi tylko mała ich część (starsi powyżej lat 50), strata pierwszych przeciągnęłaby się Bóg wie jak długi czas, podczas gdy krzywda drugich jest złem przejściowem, przemijającem. Niema prawie ustawy, wprowadzającej zmiany stosunków istniejących, któraby pewnej części interesowanych nie przynosiła straty. Z pomiędzy lekarzy, którzy z powodu wieku nie będą mogli się ubezpieczyć, przeważna część zdołała już wyrobić sobie stanowisko zabezpieczające byt i przyszłość choć w skromnych granicach, rzeczywiście ubogich między nimi bardzo nie wielu; tym drugim opłata blankietów receptowych da się dotkliwie odczuć, to przyznaję, jednak takich lekarzy jest bardzo mało; — pierwsi znajdą się w tem samem położeniu, jak profesorowie, lekarze powiatowi, prymaryusze i t. d.; będą płacić za blankiety receptowe, bez żadnych osobistych korzyści. To krzywda, — ale tylko podług dawnych pojęć sprawiedliwości — podług zaś pojęć, które się coraz szerzej rozpowszechniają, nie może to być poczytane za krzywdę, ale za spełnienie obowiązku moralnego przez kolegów materyalnie lepiej uposażonych na rzecz kolegów materyalnie gorzej postawionych i pomocy tej potrzebujących.

Projektu naszego ustawy zmienić nie możemy, — pójdzie niebawem do Wiednia tak, jak go Walne zgromadzenie uchwaliło. Aby jednak umożliwić ubezpieczenie się i tym kolegom, którzy mając więcej niż 50 lat wieku ubezpieczyć się zechcą, poruszy Wydział Towarzystwa Samopomocy w petycyi do rządu i parlamentu tę sprawę i będzie prosił, by skarb państwa przyczyniał się przez szereg lat od zwiększania funduszu pensyjnego lekarzy kwotą, jaka z tego tytułu okaże się niezbędną.

Kraków d. 16 grudnia 1901. *Dr. Henryk Jordan.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19 grudnia.

* *Od jednego z czytelników otrzymujemy list następujący z prośbą o ogłoszenie:*

»Wydział krajowy zamianował, jak donosiliśmy, Dra Włodzimierza Pajączkowskiego dyrektorem szpitala powszechnego w Sanoku. Nominacya ta została dokonaną, o ile wiemy, bez ogłoszenia konkursu na tę posadę.

§ 12 ustawy z dnia 28 lipca 1897, urządzającej prawne stosunki szpitali powszechnych i publicznych, tudzież zakładów dla położnic i obłąkanych, obowiązującej w Królestwie Galicyi i Lodomeryi z Wielkiem księstwem Krakowskiem, brzmi jak następuje: »Odpowiedzialnym zwierzchnikiem służby lekarskiej, administracyjnej i gospodarskiej, tudzież wykonawcą uchwał komitetu jest w każdym szpitalu powszechnym i publicznym dyrektor-lekarz.

W zakładach krajowych mianuje dyrektora Cesarz, na przedstawienie Wydziału krajowego.

Wszyscy inni lekarze we wszystkich szpitalach mianowani będą na podstawie konkursu przez Wydział krajowy... etc... etc. § 13 wspomina nawet dość szczegółowo o kwalifikacyach wymaganych przy konkursie.

Ustawa więc jest jasna i nie dopuszcza wyjątków, jest nadto sprawiedliwa i słuszna, bo daje możność ubiegania się o posady szpitalne wszystkim lekarzom, mającym odpowiednie kwalifikacye, a Wydziałowi krajowemu umożliwia wybór najlepszego kandydata.

Ustawa ta została jednak przy dopiero co dokonanej nominacyi pogwałconą, przez co stworzono, zdaniem naszem, fatalny precedens. Uwagi nasze nie dotyczą bynajmniej osoby nominata, odnoszą się jedynie i wyłącznie do sprawy zasadniczej.

Ubieganie się o posady w szpitalach powszechnych jest, na podstawie ustawy, wyraźnem prawem każdego ukwalifikowanego lekarza, tak jak prawem Wydziału krajowego jest wybór z pomiędzy ubiegających się kandydatów. To »*summum ius*« Wydziału krajowego może się stać *summa iniuria*, jeśli przepisy obowiązujące nie będą przytem należycie przestrzegane. Słyszymy często skargi na to, że w kraju nie szanuje się, jakby się to należało, przepisów władz autonomicznych. Jest to bez wątpienia wielki błąd. Odzwyczajać od tego błędu powinna sama najwyższa władza autonomiczna, przyświecając przykładem.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem wybrano zarząd Towarzystwa na r. 1902. Wybrani zostali: prezesem kol. prof. K. Kostanecki (ponownie), wiceprezesem kol. prof. Nowak, sekretarzem dorocznym kol. dr. Jan Landau, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« dotychczasowy redaktor dr. Kwaśnicki; do komisyi redakcyjnej powołani zostali koledzy: prof. W. Jaworski, doc. Raczyński, prof. A. Rosner i prof. Trzebicky; do komisyi kontrolującej koledzy: doc. Łepkowski i dr. Mączka; do Rady zawiadowczej i na Walne zebranie Tow. lek. galicyjskich profesorowie lwowscy: A. Gluziński i A. Mars.

* Egzamin rządowy złożyli we Lwowie następujący Drowie medycyny: Józef Markl, Waleryan Serbeński i Bernard Goldstaub.

* W kaplicy warszawskiego Instytutu oftalmicznego, który ma obchodzić 75-tą rocznicę swego powstania, wmurowano tablicę pamiątkową ku czci śp. Witolda Jodko-Narkiewicza, długoletniego kierownika tego Instytutu.

* Thomayerňw Jubilejni Sbornik — pod takim tytułem wyszła w Pradze, pod redakcyą doc. Syllaby, zbiorowa książka, której treść stanowi 20 rozpraw uczniów czcigodnego Jubilata. Po wstępie dedykacyjnym następuje spis osobistych prac prof. Thomayera 28), dalej prac wykonanych w jego zakładzie (54), wreszcie odczytów)

i demonstracyj asystentów Jubilata w czeskiem Towarzystwie lekarskiem (19).

Całem sercem łączymy się z tym pięknym wyrazem czci dla uczonego czeskiego, do czego nas skłania uznanie Jego zasług na polu naukowem, oraz szczera i wypróbowana życzliwość dla naszego narodu.

* W Wiedniu, Gracu i Pradze rozpoczął się ruch między młodzieżą, poświęcającą się medycynie, przeciw nowej ustawie rygorozalnej; medycy występują głównie przeciw przymusowym terminom, w czem dopatrują naruszenia wolności akademickiej.

* Wydział lekarski Uniw. wiedeńskiego zaproponował na katedrę pedyatryi po prof. Wiederhoferze, prof. tego przedmiotu w Gracu dr. Eschericha. Propozycya wyszła *primo et unico loco*.

* »Münchener medic. Wochenschrift« w N. 50 donosi, że zarząd sanatoryum B. pod Berlinem, w którem leczy się wielu Rosyan, rozesłał odezwę do lekarzy rosyjskich, ażeby ci, przysyłając chorych, podawali szczegółowy opis ich choroby, za co zarząd wynagradzać będzie po 30 Mk. za każdy taki list. Monachijski tygodnik słusznie widzi w tym kroku deprawacyjne kuszenie lekarzy rosyjskich i sądzi, że ci ze wzgardą odrzucą tę wstrętną propozycyę, gdyż lekarz, wysyłając chorego za granicę i bez tych 30 marek da na piśmie informacyę o swoim chorym, a należytość za trud poniesiony ma obowiązek pokryć pacyent, a nie zakład zagraniczny.

* Statystyka ruchu ludności we Francyi za rok 1900 stwierdza raz jeszcze znany fakt depopulacyi narodu francuskiego: w roku sprawozdawczym urodziło się dzieci 827,297, a umarło osób 853,285, zatem umarło o 25,988 więcej, aniżeli przyszło na świat. Liczby te są tem dziwniejsze, że w r. 1899 był nawet przyrost 31,394. Ten fatalny wynik przypisują we Francyi grasowaniu w r. 1900 duru i grypy.

* W Stanach Zjednoczonych znajduje się 25,000 szpitali, obsługiwanych przez 65,000 osób, których pensya roczna wynosi 23,000,000 dolarów; łóżek w tych szpitalach jest 300,000, lekarzy 37,000, a chorych rocznie bywa 1 000,000.

Omyłki druku: strona 668, pierwszy wiersz od góry, zamiast »zmniejszonej«, ma być »miejscowej«; strona 669, wiersz 23 od góry, zamiast »moje«, ma być »swoje«.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Czerniakowskij z Kijowa mianowany został profesorem chirurgii teoretycznej w Warszawie. Naczelny lekarz wojska pruskiego, dr. Leutholdt, mianowany został zwyczajnym honorowym prof. Uniw. berlińskiego.

Nekrologia. Zmarli: Sir William Mac Cormac, głośnego imienia chirurg, prezes Towarz. chirurgów angielskich, zmarł 6 b. m. w 65 r. życia.

Bibliografia:

Gruźlica jako choroba społeczno-narodowa i walka z nią. *(Warszawa, 1901. Cena kop. 15).* Z okazyi »Kongresu, poświęconego walce z gruźlicą«, który się odbył w maju 1899 r., przeznaczył członek tego Kongresu, p. Manheimer, 3000 mk. na nagrodę za najlepszą pracę »O gruźlicy«. Kwotę tę powiększyła o 1000 mk. firma Kahnemann. Kongres rozpisał konkurs i wyznaczył sędziów. Wyrok sędziów przyznał tę nagrodę drowi Knopfowi z New-Yorku. Nagrodzoną monografię spolszczył dr. Łagowski, uzupełniając ją obrazem walki z gruźlicą w ziemiach polskich. W krótkim zarysie, bo na 63 stronicach, znajdzie czytelnik możebnie najprzystępniej wyłożoną całą treść naszej wiedzy o gruźlicy, jako chorobie społecznej, oraz o walce z nią, o lecznicach dla gruźliczych, o wszystkiem, co do tej pory zrobiono na tem polu i co jeszcze zrobić należy, ażeby rodzaj ludzki zasłonić od dziesiątkującej go klęski, która, jak trąd w starożytności a mór w wiekach średnich, jest groźnym biczem naszych czasów. Nie zawadzi, jeśli lekarz, przeczytawszy tę książeczkę, zrekapituluje swą wiedzę o gruźlicy; atoli główne i wdzięczne jej zadanie jest w ręku tych wszystkich, którzy czytać potrafią; ani lekarze, ani inteligencya zarazka gruźlicy nie zniszczą; do walki z gruźlicą jako chorobą społeczną stanąć winno pod broń całe społeczeństwo. Monografia, o której piszemy, napisana jasno, obrazowo, przystępnie dla każdego umysłu: obowiązkiem lekarzy zalecić ją publiczności i w krociowych egzemplarzach rozszerzyć po całym obszarze Polski.

— *Medycyna* Nr. 50. Borzymowski: Nowy przyrząd do »podawania« ligatur. Biro: O padaczce (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 50. Bogdanik: O ciąży zamacicznej. Pieniążek: W sprawie chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 50 Babák: Pojem biologie (dok.). Jaklin: Galvanokaustická diairesa dle Bottiniho a radikální léčeni ischurie při zbytnění předstojnice. (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 98. Hayem: Rak na wrzodzie okrągłym odźwiernika. Anatomia patologiczna. Objawy. Rozpoznanie i leczenie. Griffon: Teorya pasorzytnicza raka podług Borrela. — Nr. 99. Brissaud: Syringomyelia z termicznem znieczuleniem podłużnem i poprzecznem. Babès: Nowy instytut dla patologii i bakteryologii w Bukareszcie.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 50. Eisenbergi i Volk: Badania nad aglutynacyą. Pilcz: Przyczynek do sprawy funkcyi dróg piramidalnych u człowieka. Urbantschitsch: Zmiany w częstości tętna pod wpływem czynników mechanicznych. Neugebauer: O znieczuleniu rdzenia za pomocą tropokokainy. Zentner: Przypadek przepukliny w okolicy górno bocznej brzucha.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 50. Schmorl: W sprawie początkującej gruźlicy płuc. Kohler: O zwalczaniu gorączki suchotników za pomocą leków. Ott: Czy podniesienie się ciepłoty u suchotników po wykonaniu lekkiego ruchu należy uważać za gorączkę? Moeller: O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy. Hammelbacher i Pischinger: Leczenie krwotoku płucnego podskórnemi wstrzykiwaniami żelatyny. Cohn: Plamica krwotoczna w przebiegu gruźlicy płuc. Gaertner: Nowy przyrząd do oznaczania ilości hemoglobiny we krwi. Clemm. Przetyczka *(mandrin)* do cewnika żołądkowego, w celu usunięcia resztek zatrzymanych w nim pokarmów. Hildebrand: O rozpoznawczej wartości promieni Röntgena w medycynie wewnętrznej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 50. Ehrlich: Ciała ochronne krwi. Pfeiffer: O uodporniającem działaniu »choleroamboceptorów« na mętwiki cholery. Abel: Doświadczenia nad używaniem prątków Danysza do tępienia szczurów. Bickel: Analiza zaburzeń ruchowych (dok.). Rothschild: Przyczynek do nauki o tworach podobnych do skrzepu w moczu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 50. Baumgarten: Drobnowidowe badania nad hemolyzą surowic różnorodnych. Saul: Przyczynek do morfologii prątków durowych i prątka okrężnicowego. Albu: O dopuszczalnej granicy długości wycinania jelita. Kuttner: Pluskanie, niedomoga i opadnięcie żołądka. Stiller: Jeszcze słowo o niedomodze żołądka. Borchardt: O przepuklinie lędźwiowej i stanach pokrewnych (dok.).

Redakcya otrzymała: Weinreb: Ein Beitrag zur Therapie der Ureterenverletzungen bei Laparatomien. Serkowski: O kryoskopii.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Od Administracyi.

W celu uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

PP. prenumeratorów, którzy zalegają w opłacaniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.